

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

L'AGRESSION SEXUELLE EN ENFANCE ET L'AJUSTEMENT  
PSYCHOSEXUEL : LE RÔLE DES CAPACITÉS DU SOI

MÉMOIRE  
PRÉSENTÉ  
COMME EXIGENCE PARTIELLE  
DE LA MAÎTRISE EN SEXOLOGIE

PAR  
NOÉMIE BIGRAS

JUILLET 2014

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL  
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de ce mémoire se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.01-2006). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

## REMERCIEMENTS

Un merci particulièrement spécial et sincère à ma directrice Natacha Godbout qui, dès nos premières rencontres a cru en moi en m'offrant un monde d'opportunités. Sa grande disponibilité, son soutien constant et ses encouragements sont tous déterminants de cet accomplissement. Je suis d'autant plus enthousiaste d'avoir la chance de poursuivre avec elle au doctorat en psychologie pour les cinq prochaines années. Je lui suis très reconnaissante pour toutes les fois où elle a surfé sur les grosses vagues à mes côtés. Merci d'avoir été, et de rester, ma plus grande source d'inspiration et de motivation.

Merci à mes deux collègues de laboratoire, mesdemoiselles Aurélie Bélanger et Roxanne Bolduc qui en plus d'avoir eu confiance en moi, ont su agrémente bien des journées de dur labeur.

Merci à ma famille pour l'amour, le soutien et la reconnaissance qu'elle m'a offerts ainsi que pour l'incalculable réconfort qu'elle m'a fourni durant les périodes de doutes et de stress.

Merci à mes précieuses amies qui m'ont côtoyée durant ces deux années à la maîtrise et qui ont partagé avec moi autant les grandes fiertés que les petites déceptions. Chacune à leur façon, elles m'ont fourni ce dont j'avais besoin pour mener à terme cette aventure.

Enfin, un immense merci à Benoit, mon amoureux des trois dernières années pour avoir cru en moi, parfois plus que moi-même, pour son soutien précieux ainsi que pour son inconditionnelle patience qui ont permis la réalisation et le dépassement de mes objectifs personnels.

## RÉSUMÉ

Les infractions sexuelles sont un phénomène d'actualité et bien qu'une documentation scientifique solide appuie les liens entre une expérience d'agression sexuelle à l'enfance (ASE) et une panoplie de symptômes psychologiques et relationnels, certains aspects demeurent peu étudiés. En effet, peu d'études visent une meilleure compréhension des mécanismes susceptibles d'expliquer les effets de l'ASE sur le fonctionnement adulte des survivants et des survivantes. Parmi les opportunités de cadres théoriques disponibles, les capacités du soi qui regroupent des compétences dans les domaines des relations interpersonnelles, de la régulation émotionnelle et du sens identitaire s'avèrent des éléments potentiellement clés dans l'explication des difficultés rapportées par les survivants d'ASE. Ainsi, ce projet de mémoire examine le rôle des capacités du soi (i.e., relations interpersonnelles, régulation émotionnelle, sens identitaire) dans la relation entre l'agression sexuelle à l'enfance et l'ajustement psychosexuel à l'âge adulte. Un total de 304 participants provenant de la population générale a complété un questionnaire en ligne. D'emblée, différents niveaux de dysfonctions sexuelles et de capacités du soi altérées sont observés chez les survivants d'ASE en comparaison aux non-victimes. Les résultats d'une analyse acheminatoire révèlent une contribution directe et indirecte de l'ASE pour prédire l'ajustement psychosexuel via un moins bon sens de l'identité et une tendance à s'engager dans des relations plus difficiles. Les retombées au plan des interventions clinique chez une clientèle ayant vécu une agression sexuelle en enfance mises en lumière par ces résultats seront abordées.

Mots-clés : agression sexuelle en enfance, capacités du soi, anxiété sexuelle, dysfonctions sexuelles

## TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE I.....	3
ÉTAT DES CONNAISSANCES .....	3
1.1 Définition du phénomène de l'agression sexuelle en enfance.....	3
1.2 Ampleur de la situation, incidences et prévalences.....	5
1.3 Les capacités du soi.....	7
1.3.1 Capacités du soi : sens de l'identité .....	7
1.3.2 Capacités du soi : connexion aux autres .....	9
1.3.3 Capacités du soi : régulation émotionnelle .....	11
1.4 L'agression sexuelle à l'enfance et l'ajustement psychosexuel .....	13
1.5 Les capacités du soi en tant que médiateurs de la relation entre l'ASE et l'ajustement psychosexuel.....	17
CHAPITRE II.....	20
CADRE CONCEPTUEL .....	20
2.1 Le modèle des dynamiques traumagéniques .....	21
2.2 Le modèle du trauma.....	23
CHAPITRE III .....	27
OBJECTIFS ET HYPOTHÈSES .....	27
CHAPITRE IV.....	29
MÉTHODOLOGIE.....	29
4.1 Participants et procédures.....	29
4.2 Instruments de mesure.....	30
4.3 Considérations éthiques.....	33
CHAPITRE V .....	34
ARTICLE.....	34
Abstract .....	35
Childhood Sexual Abuse and Self-Capacities.....	36
Impaired Identity.....	37
Interpersonal dysfunctions. ....	38

Affect Dysregulation.....	39
Childhood Sexual Abuse and Psychosexual adjustment.....	39
Self-Capacities as Mediator of the relation between CSA and Psychosexual Adjustment.....	41
Method .....	44
Results .....	48
Discussion .....	53
References .....	59
CHAPITRE VI.....	70
CONCLUSION .....	70
6.1 Discussion des résultats et leur pertinence .....	70
6.2 Limites méthodologiques et pistes de recherches futures.....	76
6.3 Implications cliniques en sexologie .....	78
Références .....	82

## INTRODUCTION

Depuis les années 1980, un accroissement du nombre de recherches portant sur les fonctionnements psychologique, interpersonnel et sexuel des survivants d'agression sexuelle en enfance a été observé. Malgré une littérature scientifique foisonnante dans le domaine de l'agression sexuelle en enfance, les mécanismes qui relient l'ASE aux effets délétères souvent répertoriés à l'âge adulte restent à clarifier. La précocité et le contexte souvent abusif liés à l'expérience d'ASE témoigne de l'importance de s'attarder aux répercussions de l'ASE sur le fonctionnement ultérieur des survivants. Ceci étant dit, des liens sont déjà établis entre l'ASE et une gamme de symptômes psychologiques et des difficultés relationnelles (DiLillo, 2001; Dube et al., 2005; Fergusson, McLeod, & Horwood, 2013; Putnam, 2003). Néanmoins, le contexte sexualisant inapproprié de l'ASE (Finkelhor & Browne, 1985) et la complexification de la relation avec une figure d'attachement telles que le parent, soutiennent l'importance d'examiner spécifiquement l'ajustement psychosexuel des survivants d'ASE.

Le présent mémoire porte sur le rôle des capacités du soi dans la relation entre l'agression sexuelle à l'enfance (ASE) et l'ajustement psychosexuel à l'âge adulte. Ce mémoire est présenté sous forme d'article. Le chapitre I dépeint l'état des connaissances sur l'agression sexuelle à l'enfance en présentant d'abord les taux de prévalence répertoriés jusqu'à présent et les conséquences connues de l'ASE sur l'ajustement psychosexuel. Puis, une présentation de la documentation disponible sur les capacités du soi en lien avec l'expérience de traumatismes interpersonnels est abordée. Le chapitre II expose les modèles conceptuels retenus dans le cadre de ce projet de recherche alors que le chapitre III contient les objectifs et les hypothèses de la présente recherche. Le chapitre IV décrit la méthodologie, dont la procédure de recrutement et les différents instruments de mesures employés. Le chapitre V est



rédigé sous forme d'article et sera soumis dans une revue scientifique avec comité d'évaluation par les pairs. Enfin, la conclusion, rédigée en quatre sections, forment le chapitre VI. Ainsi, la pertinence des résultats en comparaison avec les études antérieures est proposée en plus d'une énumération des limites méthodologiques de cette recherche. L'apport de ce mémoire au plan de l'intervention sexologique est soulevé et pour terminer, des pistes de réflexion pour de futurs projets de recherche dans le domaine de l'ASE en lien avec les capacités du soi et l'ajustement psychosexuel sont lancées.



## CHAPITRE I

### ÉTAT DES CONNAISSANCES

#### 1.1 Définition du phénomène de l'agression sexuelle en enfance

Il existe plusieurs définitions de l'agression sexuelle subie durant l'enfance, c'est-à-dire qu'aucun consensus quant à une définition précise de l'ASE n'a été établi à travers la documentation scientifique. Dans le cadre de ce mémoire, l'agression sexuelle en enfance réfère à l'expérience d'un ou plusieurs contact(s) sexuel(s) non désiré(s), ou contact(s) sexuel(s) avec un adulte (parents, oncles, voisins etc.) ou avec quelqu'un en position d'autorité ou ayant cinq ans de plus, et ce, avant l'âge de 18 ans.

Or, il importe tout de même de faire un survol des différentes façons de définir l'ASE, selon des perspectives variables. Par exemple, le Gouvernement du Québec oriente sa définition sur le consentement et stipule qu'il y a infraction sexuelle lorsqu'un geste à caractère sexuel, avec ou sans contact physique, est commis sans le consentement de la personne visée et dans certains cas, particulièrement celui des enfants, via la manipulation affective ou le chantage (Santé et Services Sociaux du Québec, 2014). Spécifiquement, en vertu du Code criminel du Canada, les enfants âgés de moins de 14 ans ne peuvent pas légalement consentir de façon éclairée à une activité sexuelle, ces contacts sexuels allant des attouchements à la pénétration. Il précise aussi qu'aucun enfant ne peut donner son consentement à une activité sexuelle avec une personne en position de confiance ou d'autorité ou avec qui il entretient une relation de dépendance. De façon similaire, l'imposition par la force ou de façon coercitive de tout comportement sexuel à un enfant ainsi que toutes activités

sexuelles entre un enfant et un individu plus âgé, dont la différence d'âge est d'au moins cinq ans qu'il y ait ou non l'usage de force est la définition proposée par Browne et Finkelhor (1986).

D'autres auteurs ont mis en lumière le caractère particulièrement abusif d'un contact sexuel d'un angle relationnel, soit lorsque la personne qui commet l'acte occupe une position d'autorité ou possède une certaine forme de pouvoir face à l'enfant (Paolucci, Genuis, & Violato, 2001), qu'il y ait ou non l'usage de la force. Dans ce même ordre d'idée, Godbout et al. (2009) ont mis en évidence le caractère violent de la rupture d'un lien de confiance, d'une transcendence des limites ou frontières de l'autre, d'un non-respect du niveau développemental ou d'un abus de pouvoir sur l'enfant typiques de l'agression sexuelle.

Une récente méta-analyse fait état des critères essentiels que doit inclure une définition de l'ASE (Stoltenborgh, van IJzendoorn, Euser, & Bakermans-Kranenburg, 2011). D'abord, l'âge limite de l'enfance est un facteur important afin de définir une différence d'âge minimum entre la victime et l'agresseur. Ensuite, le type d'acte qui a été commis s'avère aussi pertinent pour définir l'ASE et peut conséquemment, en influencer les taux de prévalence. Par exemple, des définitions plus larges incluant des abus sans contact pourraient entraîner des prévalences d'ASE plus élevées qu'une définition incluant seulement des contacts physiques. Néanmoins, les résultats d'une méta-analyse de Pereda et ses collègues (Pereda, Guilera, Forns, & Gomez-Benito, 2009) révèlent qu'il ne semble pas y avoir de différence marquée selon que les chercheurs utilisent une définition plus large ou raffinée de l'ASE. De leur côté, Forouzan et Van Gijseghem (2004) définissent l'ASE comme une expérience sexuelle, qui implique des contacts physiques ou non, entre un agresseur féminin ou masculin et une victime qui n'est pas âgée de plus de 16 ans et qui est plus jeune que l'agresseur d'au moins cinq ans. Ceci étant dit, les données empiriques indiquent que les différentes formes d'agression, avec ou sans contact (p. ex., exhibitionnisme,

pénétration anale ou orale), sont susceptibles d'engendrer des conséquences importantes dans le développement et le bien-être de l'enfant (Finkelhor, 1994; Forouzan & van Gijseghem, 2004), quoique les caractéristiques de l'acte subi peuvent influencer les différentes trajectoires symptomatologiques observés au long court (Berthelot, Godbout, Hébert, Goulet, & Bergeron, 2013; Millett, Kohl, Jonson-Reid, Drake, & Petra, 2013).

## 1.2 Ampleur de la situation, incidences et prévalences

Le large spectre des répercussions observées chez les survivants d'ASE les rend plus vulnérables, non seulement à vivre des difficultés psychologiques, mais aussi des difficultés sexuelles. Du coup, l'ASE représente une préoccupation majeure qui relève de l'ordre de la santé publique. À l'appui, les résultats de Hankivsky et Draker, (2003) révèlent que les coûts encourus par les actes de violence sexuelle envers les enfants, au Canada, sont estimés à plus de 3,6 milliards de dollars dans tous les domaines de services. En 2011, les infractions sexuelles composaient un peu plus de 6 % de toutes les infractions contre la personne ayant été rapportées par les corps policiers durant l'année (Sécurité Publique, 2012). En outre, environ 14 000 enfants et jeunes âgés de moins de 18 ans ont été victimes d'une infraction sexuelle déclarée par les corps policiers au Canada en 2012, représentant ainsi un taux de 205 victimes par tranche de 100 000 enfants et jeunes. Toutefois, les enfants et les jeunes représentent encore plus de la moitié (55 %) des victimes d'infractions sexuelles déclarées par la police, même s'ils constituent 20 % de la population canadienne. Selon les mêmes données, les filles sont proportionnellement plus nombreuses à être victimes d'infractions sexuelles déclarées par la police que leurs homologues garçons. Par exemple, à chaque tranche de 100 000 enfants et jeunes de sexe féminin au Canada, 341 ont été victimes d'infractions sexuelles déclarées par la police, soit environ cinq fois plus élevé que celui des enfants et jeunes de sexe masculin (75 pour 100 000) (Statistiques Canada, 2014).

Les infractions sexuelles sont ainsi un phénomène d'actualité et malgré une baisse des indices liés aux infractions sexuelles au Québec depuis une dizaine d'années, une hausse de 6 % du taux d'infractions par 100 000 habitants a été observée en 2012 (Sécurité publique, 2012). Toutefois, il existe d'importantes variations dans les taux de prévalence d'agression sexuelle subie durant l'enfance (ASE) ou l'adolescence dans les études réalisées aux États-Unis et au Canada. Ces taux varient de 2% à 62% chez les femmes et entre 3% et 37% chez les hommes (Badgley, 1984; Dhaliwal, Gauzas, Antonowicz, & Ross, 1996; D. M. Fergusson, Horwood, & Lynskey, 1996; Molnar, Buka, & Kessler, 2001; Polusny & Follette, 1995; Putnam, 2003). Une méta-analyse récente combinant 331 études indique un taux de prévalence combiné de 18% chez les femmes et de 7,6% chez les hommes (Stoltenborgh et al., 2011). Des résultats similaires sont observés au Québec. Plus précisément, une récente étude menée auprès d'un échantillon de 804 participants représentatifs de la population du Québec révèle que 22% des femmes et près de 10% des hommes rapportent avoir subi une agression sexuelle à l'enfance (Hébert, Tourigny, Cyr, McDuff, & Joly, 2009).

L'agression sexuelle en enfance s'associe à toute une gamme de symptômes psychologiques tels que la dépression, des idéations suicidaires, l'état de stress post-traumatique ainsi que des difficultés relationnelles (Davis & Petretic-Jackson, 2000; Godbout, Dutton, Lussier, & Sabourin, 2009; Fergusson, McLeod, Horwood, 2013; Putnam, 2003). Or, l'ASE constitue un événement susceptible d'affecter des éléments centraux du développement normal de l'individu. Plus particulièrement, le sens identitaire, les habiletés de régulation émotionnelle et les aptitudes nécessaires à la capacité de former des relations stables et significatives avec les autres sont sujets à être altérés chez les survivants d'ASE (Briere & Elliott, 1994; Briere & Rickards, 2007; Finkelhor & Browne, 1985). Ces répercussions à un niveau plus interne motivent l'intérêt de se tourner vers les capacités du soi en guise de variables potentielles pour expliquer les difficultés ultérieures dans le fonctionnement adulte.



### 1.3 Les capacités du soi

Les capacités du soi reflètent trois domaines de tâches essentielles au fonctionnement adulte optimal, susceptibles d'être altérées par l'expérience d'ASE. D'abord, (1) maintenir un sens de son identité personnelle et une conscience de soi relativement stable et cohérent à travers les affects, les situations et les interactions avec autrui; (2) tolérer et contrôler les émotions fortes (particulièrement les émotions négatives) sans avoir recours à des stratégies d'évitement telles que la dissociation, l'abus de substance ou des comportements externalisés afin de réduire la tension; et (3) former et maintenir des relations saines et significatives avec les autres, qui ne sont pas perturbées par des projections inappropriées, une peur démesurée de l'abandon ou des activités qui, pourraient nuire ou menacer ces relations (Briere, 2002; Elliott, 1994; Kohut, 1977; McCann & Pearlman, 1990). Des liens entre l'agression sexuelle à l'enfance et les capacités du soi ont déjà été mis en lumière dans les écrits scientifiques (Briere & Rickards, 2007; voir Putnam, 2003). Les prochaines sous-sections abordent plus spécifiquement chacune des trois dimensions des capacités du soi, c'est-à-dire le sens de l'identité, la connexion aux autres et la régulation émotionnelle, et en quoi chacune d'elle s'associe au vécu d'une ASE et aux répercussions psychosexuelles à l'âge adulte.

#### 1.3.1 Capacités du soi : sens de l'identité

Les cliniciens œuvrant auprès de survivants d'ASE peuvent percevoir les perturbations identitaires et relationnelles comme étant des signaux précurseurs ou typiques de troubles de la personnalité, plus communément, le trouble de la personnalité limite (Pearlman & Courtois, 2005). Effectivement, Kernberg (1967) postule qu'une instabilité du sens de soi, typique des survivants d'ASE (Briere & Scott, 2014; Finkelhor & Browne, 1985), est un critère majeur du trouble de personnalité limite et que la séparation des représentations internes de soi et des autres est considérée centrale dans les fondements du trouble. Bien qu'un sens

identitaire fort et stable ne soit pas systématiquement synonyme de fonctionnement optimal chez l'individu, il n'en demeure pas moins que les survivants de traumatismes en enfance rapportent souvent souffrir d'un manque de cohésion (ou de cohérence) identitaire, ou d'un sentiment de vide intérieur (Briere & Rickards, 2007; Finkelhor & Browne, 1985; Heard & Linehan, 1993; Pearlman & Courtois, 2005). Plusieurs chercheurs se sont intéressés à la notion d'identité, diffuse, stable ou bien construite et ont offerts d'intéressantes conceptualisations. Par exemple, Erikson (1956) postule que l'identité diffuse consiste en « l'absence d'un concept de soi intégré et d'un concept intégré et stable d'objets totaux en relation avec soi » (p.67, Kernberg, 1997).

Les données empiriques indiquent qu'un sens de l'identité cohérent est un aspect favorisant un fonctionnement psychologique optimal. Les gens qui ont un manque à ce niveau ont typiquement une impression de vide intérieur, une confusion sur qui ils sont vraiment et une incapacité de se fixer des objectifs dans le futur (Hamilton, 1988; Kohut, 1977; McCann & Pearlman, 1990). Le manque de connexion sur son propre état interne peut mener un individu avec une identité fragile à se tourner vers les autres dans plusieurs domaines. Cette orientation vers autrui est bien souvent mésadaptée et susceptible de nuire à la capacité d'affirmation de soi, de ses préférences sexuelles et peut aussi mener la personne à confondre ses propres pensées, désirs et émotions avec ceux de ses proches (Briere & Runtz, 2002). En lien avec le vécu de trauma interpersonnel, la documentation scientifique met en évidence les distorsions et des attributions cognitives négatives chez les survivants. Ces cognitions, susceptibles d'affecter leur sentiment général de compétence, leur habileté à résoudre les conflits et leur capacité à fonctionner efficacement dans le monde, s'expriment notamment par un sentiment de blâme face à eux-mêmes, des attributions personnelles négatives et un sentiment d'impuissance (Berliner & Elliott, 1996). Enfin, les survivants d'agression sexuelle à l'enfance voient leur sens d'identité personnelle d'autant plus affectée via une estime personnelle négative chronique

(Alexander & Lupfer, 1987; Finkelhor, 1990) et une confusion générale concernant leurs propres désirs et émotions (Pearlman & Courtois, 2005).

### 1.3.2 Capacités du soi : connexion aux autres

La connexion aux autres est une notion à laquelle plusieurs modèles théoriques et définitions peuvent s'associer. C'est pourquoi une clarification des conceptualisations utilisées dans le cadre de ce mémoire est mise de l'avant.

La capacité de former et de maintenir des relations interpersonnelles constitue un aspect fondamental d'un fonctionnement adulte sain. Toutefois, cette habileté est souvent compromise chez les gens qui ont grandi dans un environnement chaotique ou qui ont subi des mauvais traitements (Briere, 1996; Elliott, 1994) surtout si ces expériences ont occasionné le développement d'un attachement ambivalent ou insécure (Bowlby, 1982). Les survivants de trauma interpersonnel ayant développé un attachement insécurisant peuvent être portés à s'engager dans des relations conflictuelles ou chaotiques plus tard dans leur vie en plus d'avoir des problèmes à former et maintenir des liens intimes d'attachement avec un autre adulte (Pearlman & Courtois, 2005). Pareillement, ils peuvent opter pour des comportements susceptibles de mettre en péril les relations avec autrui (Collins et Read, 1990; Simpson, 1990).

Les études empiriques (Classen, Field, Koopman, Nevill-Manning, & Spiegel, 2001; DiLillo, Lewis, & Loreto-Colgan, 2007; Godbout, Dutton, Lussier, & Sabourin, 2009; Roche, Runtz, & Hunter, 1999) et les recensions (DiLillo, 2001; Heiman & Heard-Davison, 2004; Neumann, Houskamp, Pollock, & Briere, 1996; Putnam, 2003) sur les répercussions des agressions sexuelles révèlent effectivement plusieurs effets délétères susceptibles d'affecter la capacité des survivants d'agression sexuelle à former et maintenir des relations amoureuses satisfaisantes à l'âge adulte, tels que : des représentations d'attachement insécurisantes (i.e., anxiété d'abandon et ou évitement de l'intimité), une hypersensibilité émotionnelle, des attitudes négatives



envers les autres, un manque de confiance ou encore, une insatisfaction dyadique ou de la violence au sein des relations intimes.

Connexion aux autres : liens avec la théorie de l'attachement. Initialement apportée par John Bowlby, la théorie de l'attachement s'appliquait majoritairement à la relation étroite que forme un jeune enfant avec sa mère (Bowlby, 1969). Néanmoins, Bowlby suggérait aussi que l'attachement jouait un rôle crucial dans la vie d'un individu et ce, du berceau à la tombe. Autrement dit, les représentations internes de soi et des autres apprises dès les premières années de la vie continuent de teinter le fonctionnement de l'adulte. Ceci étant dit, un environnement sécurisant, empreint de sensibilité et de disponibilité de la part des figures parentales, offre à l'enfant un sentiment de sécurité, permet un apprentissage des habiletés relationnelles, favorise son développement psychologique et physiologique en plus de lui fournir des bases solides afin qu'il puisse explorer le monde et vers lesquelles il peut revenir lorsqu'il se sent en danger (1969). Inversement, le contexte abusif dans lequel survient l'ASE est susceptible d'interrompre ce développement normal ou encore, de générer des ruptures de ces liens affectifs et générer toute une gamme de symptômes psychologiques qui en retour, peuvent affecter le fonctionnement social et relationnel (Pearlman & Courtois, 2005).

Dans les années 1980, des chercheurs se sont intéressés à la notion de l'attachement en tant que cadre théorique dans l'étude des relations romantiques ou de l'attachement romantique à l'âge adulte (Hazan & Shaver, 1987). Ainsi, les données cliniques et empiriques disponibles démontrent que les expériences avec des enfants avec leurs figures parentales, qu'elles soient positives ou négatives, ont un effet persistant tout au long de leur vie quant à leur façon d'entrer en relation mais aussi dans leur manière de les vivre (Feeney & Noller, 2004; Shaver & Mikulincer, 2006). Dans ce mémoire, la notion d'attachement est employée en termes de représentations de soi et des autres, potentiellement altérées par un contexte insécurisant et dont les

effets persistent dans le fonctionnement adulte en occasionnant notamment des habiletés restreintes de régulation émotionnelle ainsi qu'au niveau du développement psychosexuel incluant le développement identitaire, les compétences affectives et la capacité d'être en relation avec les autres (Schoore, 2003; Siegel, 1999). Par ailleurs, il faut souligner que l'inventaire des capacités du soi utilisé dans ce mémoire (IASC; Briere & Runtz, 2002) contient des items qui évaluent les craintes abandonniques telles que mises de l'avant par la théorie de l'attachement.

L'expérience d'ASE pourrait ainsi contribuer au développement d'un attachement insécurisant chez l'enfant et qui se maintiendra à l'âge adulte aussi. Conséquemment, des représentations de soi et des autres négatives seront observées chez l'enfant qui n'a pas pu bénéficier d'interactions positives et sécurisantes avec ses figures d'attachement, telles que la croyance de ne pas être aimable, que les autres ne sont pas dignes de confiance ou encore, que le monde est un endroit menaçant et dangereux (Hazan & Shaver, 1987).

Les capacités du soi offrent un excellent cadre théorique sur lequel s'appuyer pour comprendre de quelle façon l'ASE peut entraîner des difficultés au niveau relationnel, qui intègre en partie la notion d'attachement à l'âge adulte (Briere, 1996, 2002) afin de comprendre le phénomène de l'ASE et ses implications dans le fonctionnement psychosexuel adulte (Briere & Scott, 2014; Pearlman & Courtois, 2005). Pour ce faire, tout au long du présent mémoire, des références à la théorie de l'attachement adulte en lien avec le développement des capacités du soi et la connexion aux autres sont mises de l'avant.

### 1.3.3 Capacités du soi : régulation émotionnelle

Bowlby (1973) suggère que l'habileté à contrôler, voire moduler, et tolérer les émotions négatives s'acquiert dans les premières années de la vie auprès des figures d'attachement, des donneurs de soins ou des personnes significatives, bien qu'elle continue de se développer ultérieurement. Les individus présentant des lacunes dans

la régulation de leurs émotions sont sujets à vivre de l'instabilité affective ou des sautes d'humeur ainsi que des difficultés dans l'inhibition d'affects intenses, et éprouvent généralement de fortes difficultés à mettre fin aux états dysphoriques sans avoir recours à des stratégies d'évitement souvent dysfonctionnelles (Briere, 2002). Cela étant dit, ces personnes sont souvent perçues comme étant de mauvaise humeur, instable émotionnellement et hyper réactives aux événements négatifs ou stressants de leur vie. Au plan sexuel, le manque de régulation émotionnelle peut se traduire par des comportements sexuels excessifs ou inappropriés (Brennan, Clark & Shaver, 1995) dans le but de se distraire, d'apaiser ou d'engourdir des états internes potentiellement douloureux. Ainsi, le manque de régulation émotionnelle, généralement associé au vécu de trauma interpersonnel dans les écrits scientifiques, s'exprime par la présence d'anxiété et de dépression, d'abus de substance (Briere, 2002; Browne & Finkelhor, 1986; Messman-Moore, Walsh, & DiLillo, 2010) et de symptômes de stress post-traumatique (Putnam, 2003).

Une manifestation particulièrement proéminente de la dérégulation émotionnelle est la dissociation (Briere, 1996; Cole & Putnam, 1992). Initialement, utilisée par l'enfant pour se défendre ou compartimenter la perception du parent agresseur de celle du parent en tant que figure d'attachement (Liotti, 1992), ce mécanisme est maintenu dans le fonctionnement adulte et peut rendre les relations intimes et sexuelles difficiles. Peu importe à travers quelles manifestations elle s'observe, la dissociation altère les capacités personnelles et relationnelles de l'individu, à son insu, dans l'intérêt de le protéger (Pearlman & Courtois, 2005). Il est donc possible de croire que cet état dissocié puisse amener la personne à être moins présente émotionnellement lors de l'activité sexuelle. Une seconde manifestation du manque de régulation émotionnelle souvent observée chez les survivantes d'ASE ou d'autres expériences d'environnement invalidant en enfance (Linehan, 1989) est la personnalité limite (Fruzzetti, Shenk, & Hoffman, 2005). Les symptômes de ce trouble de personnalité sont notamment marqués d'une instabilité affective



importante qui bascule entre des sentiments de vide profond et une colère intense (American Psychiatric Association, 2013).

Bref, l'agression sexuelle en enfance s'associe à des perturbations au niveau du sens identitaire, de la régulation émotionnelle et de la connexion aux autres. Cette expérience traumatisante s'associe également à des difficultés de l'ordre de l'ajustement psychosexuel. Nécessairement, pour être en mesure d'établir les bases sur lesquelles se fondent les hypothèses du présent mémoire, il convient d'étudier comment l'ajustement psychosexuel des survivants d'agression sexuelle se voit affecté par une telle expérience.

#### 1.4 L'agression sexuelle à l'enfance et l'ajustement psychosexuel

La victimisation sexuelle à l'enfance s'associe à plusieurs symptômes psychologiques tels qu'une estime de soi plus faible, des symptômes anxieux et dépressifs (D. M. Fergusson, Boden, & Horwood, 2008; Friedman, Keane, & Resick, 2010) ainsi que des insécurités d'attachement (Godbout, Lussier, & Sabourin, 2006; Roche et al., 1999). Or, un des aspects du fonctionnement des survivants d'ASE qui a reçu peu d'attention en comparaison aux autres sphères de la vie adulte est le fonctionnement sexuel (Heiman & Heard-Davison, 2004; Rellini & Meston, 2007). Bien qu'il soit possible de trouver des études sur l'ajustement psychosexuel des victimes d'ASE dans les écrits scientifiques, l'utilisation de plusieurs méthodologies et de définitions différentes de l'agression sexuelle résulte en une disparité au sein des résultats. En effet, les études ne font pas consensus pour conclure que le fonctionnement et la satisfaction sexuelle des victimes d'agression sexuelle sont perturbés (Leonard & Follette, 2002; Loeb et al., 2002).

Certains chercheurs observent qu'une majorité de femmes victimes d'agression sexuelle rapporte d'importantes difficultés sexuelles à l'âge adulte (Becker, Skinner, Abel, Axelrod, & Cichon, 1984; Jehu, Gazan, & Klassen, 1988; Lemieux & Byers,

2008; Senn & Carey, 2010) notamment des relations sexuelles moins fréquentes et toute une gamme de difficultés et de dysfonctions sexuelles (Fergusson, Horwood, & Lynskey, 1997; Meston, Heiman, & Trapnell, 1999; Noll, Trickett, & Putnam, 2003). Par exemple, les résultats d'une étude effectuée sur échantillon féminin fréquentant des milieux collégiaux et universitaires rapportent que l'expérience d'ASE est associée des périodes d'évitement de la sexualité ainsi que d'une estime de soi sexuelle plus faible (Lemieux & Byers, 2008).

D'autres en viennent toutefois à la conclusion que les survivantes d'agression sexuelle ne souffrent pas davantage de difficultés sexuelles que les femmes non-victimes (Alexander & Lupfer, 1987; Greenwald, Leitenberg, Cado, & Tarran, 1990). D'autres études font aussi état d'un lien entre l'ASE et une satisfaction sexuelle moins élevée chez les survivantes (Wyatt, Newcomb, & Riederle, 1993) et une satisfaction conjugale plus faible lorsque les victimes sont comparées à un groupe de non-victimes (Hunter, 1991). Par exemple, les résultats d'une étude récente réalisée auprès d'un échantillon féminin québécois révèlent que l'ASE n'a pas une contribution unique au développement de répercussions au plan de la santé sexuelle, alors qu'il s'agirait plutôt de la cooccurrence de plusieurs types de victimisation qui expliquerait plus de dommages au plan sexuel (Lacelle, Hébert, Lavoie, Vitaro, & Tremblay, 2012).

Les résultats d'échantillons cliniques révèlent que 58% des survivantes d'ASE rapportent une aversion sexuelle (Jehu et al., 1988). De façon similaire, les résultats de Becker et al. (1986) démontrent que 54% des survivantes d'ASE versus 24% des non-victimes expriment une peur de la sexualité. Les données empiriques, bien qu'elles datent, établissent aussi des liens entre l'ASE et des dysfonctions sexuelles telles que la dyspareunie (Becker et al., 1984; Jackson, Calhoun, Amick, Maddever, & Habif, 1990; Jehu, 1989) des troubles de l'orgasme et le trouble de l'excitation (Jehu, 1989; Mackey et al., 1991) et entre l'inceste et le vaginisme (Davis, Petretic-

Jackson, & Ting, 2001; LoPiccolo & Stock, 1986). Certains révèlent qu'une grande proportion de femmes victimes d'ASE rapportent peu de désir sexuel au sein d'échantillons cliniques (Jehu, 1989; Becker et al., 1986). Jehu fournit plusieurs possibilités pour expliquer cette diminution du désir sexuel notamment des difficultés relationnelles, une peur de l'intimité ou encore, d'autres difficultés sexuelles (1989). Enfin, les résultats de Najman et ses collègues (2005) au sein d'un échantillon représentatif de la population australienne démontrent un lien entre les expériences sexuelles non-désirées à l'enfance et davantage de dysfonctions sexuelles.

Puisque l'ASE compromet les premiers instants du développement de l'identité d'un individu, il est possible d'envisager qu'elle n'affecte pas seulement la sexualité mais aussi comment les individus conçoivent leur identité sexuelle, incluant les représentations des aspects sexuels de leur identité et des relations sexuelles (Putnam, 1990). Il est également possible que les survivants d'ASE soient aux prises avec des difficultés liées aux émotions qui sont vécues en contexte sexuel, notamment des taux plus élevés d'émotions négatives durant la période d'excitation sexuelle (Meston, Rellini, & Heiman, 2006; Schloretdt & Heiman, 2003). Les résultats d'une étude empirique auprès de femmes de la communauté évaluant les attitudes et les activités sexuelles de survivants d'ASE 10 ans après le trauma révèlent davantage de préoccupations reliées à la sexualité (Noll et al., 2003). Ces résultats s'ancrent bien dans le modèle des dynamiques traumatogéniques (1985) qui stipulent que les stigmas associés à l'ASE sont intériorisés dans le concept de soi et donc, pourraient teinter l'ajustement psychosexuel.

De plus, en concordance avec la conceptualisation théorique de Finkelhor et Browne (1985) suggérant que l'expérience abusive précoce de l'ASE peut engendrer des confusions quant à l'identité sexuelle, Roberts et collègues (2013) ont observé que l'ASE aurait un effet sur certains éléments s'apparentant à l'orientation sexuelle au sein de leur échantillon représentatif de la population américaine. Bien que ces

résultats se doivent d'être interprétés avec précaution, les chercheurs fournissent des explications plausibles à ces résultats suggérant que l'ASE aurait des effets significatifs dont un engourdissement émotionnel susceptible de motiver les survivants de traumatismes interpersonnels vers une quête d'émotions plus fortes ou une prise de risque (Fergusson & Horwood, 1998), qui s'associe à une sexualité avec des gens du même sexe (Fergusson et al., 2005). En outre, les traumatismes en l'enfance peuvent engendrer une plus grande consommation de drogues et alcool qui en retour, peut potentiellement contribuer à l'attirance envers les gens de même sexe via la désinhibition (Browne & Finkelhor, 1986). À la lumière de ces derniers éléments et en tenant compte de l'estime de soi qui est souvent plus faible chez les survivants d'ASE (Finkelhor, 1990), il est possible de dire que les fondements du sens identitaire sont sujets à être altérés suite à une l'expérience d'ASE.

Une autre variable d'intérêt lorsqu'il est question des conséquences de ASE sur le fonctionnement sexuel est l'anxiété sexuelle. Bien que peu d'études mettent l'accent sur l'anxiété sexuelle comme une variable dépendante sur laquelle des effets délétères pourraient s'observer, des chercheurs ont démontré que l'anxiété sexuelle prédit le fonctionnement sexuel. Précisément, davantage d'anxiété sexuelle suite à une ASE peut présager une sexualité plus limitée notamment, moins de partenaires sexuels et des visions de l'intimité qui relèvent de l'évitement. Ainsi, les survivants d'ASE qui rapportent davantage d'anxiété sexuelle sont plus susceptibles de rapporter des difficultés dans leurs relations intimes (Simon & Feiring, 2008). Des données récentes renforcent cette notion en démontrant que chez les survivantes d'ASE de la population générale, le recours à des stratégies d'évitement affecterait négativement la fonction orgasmique (Staples, Rellini, & Roberts, 2012).

Les associations entre l'ASE et les différentes dimensions des capacités du soi sont relativement bien documentées. Effectivement, les survivants d'ASE semblent rapporter davantage de difficultés au plan relationnel, de moins bonnes compétences



de régulation émotionnelle et un sens identitaire un peu moins bien défini que les individus qui n'ont pas vécu d'ASE. De surcroît, les survivants d'ASE tendent également à vivre des niveaux plus élevés d'anxiété sexuelle et de dysfonctions sexuelles. Ces répercussions risquent en retour d'influencer l'ajustement psychosexuel des survivants d'ASE. Bref, il est possible de mettre de l'avant l'hypothèse d'un effet de médiation venant des capacités du soi entre l'ASE et l'ajustement psychosexuel des survivants et de mettre en lumière les pistes qui orientent notre modèle hypothétique.

#### 1.5 Les capacités du soi en tant que médiateurs de la relation entre l'ASE et l'ajustement psychosexuel

À la lumière des données empiriques disponibles, certaines pistes peuvent être dégagées quant aux variables pertinentes à considérer pour un modèle visant à expliquer l'ajustement psychosexuel de survivants d'ASE. En effet, Eadie et ses collègues (2008) démontrent que l'état de stress post-traumatique explique partiellement la relation entre l'agression sexuelle à l'enfance/adolescence et à l'âge adulte, et la santé sexuelle et reproductive adulte. En effet, les survivants d'ASE peuvent vivre des émotions particulièrement intenses. Elles peuvent notamment, revivre le trauma via des *flashbacks* et des pensées intrusives ou éviter tout stimulus associé au trauma. En outre, leur comportement risque d'être teinté d'une hyperactivation neurologique qui s'illustre par de l'insomnie ou une hypervigilance, leur système étant toujours en état d'alerte (American Psychiatric Association, 2003). Lorsqu'on envisage l'ASE selon le modèle du trauma de Briere (1996), il est possible de s'attendre à des séquelles négatives sur le fonctionnement général puisque le contexte abusif expose l'individu à un stress particulièrement intense qui affecte le développement des habiletés de régulation émotionnelle et produit un débordement de ses ressources disponibles. Ainsi, on peut envisager qu'à long terme, de bonnes capacités du soi telles que de solides habiletés de régulation émotionnelle favorisent un meilleur ajustement chez les survivants d'ASE. D'autres chercheurs suggèrent que

les représentations d'attachement, plus précisément l'anxiété d'abandon et l'évitement de l'intimité, ainsi que la détresse psychologique sont des médiateurs de la relation entre l'agression sexuelle à l'enfance et l'ajustement psycho-conjugal (Godbout et al., 2009; Godbout et al., 2006; Roche et al., 1999).

À notre connaissance, bien peu d'études ont précisément examiné les capacités du soi comme médiateurs de la relation entre l'ASE et l'ajustement psychosexuel. Ceci dit, une étude assez récente a utilisé les capacités du soi en guise de médiateurs de la relation entre la violence psychologique et des attitudes agressives à l'âge adulte, précisément, une agressivité verbale et physique et une agressivité plus globale (Allen, 2011). Bien qu'il ne s'agisse pas du même type de trauma, l'effet médiateur des capacités du soi, spécifiquement la connexion aux autres, mis en lumière par ces résultats laisse croire que de tels effets pourraient aussi s'observer dans la relation entre l'ASE et l'ajustement psychosexuel. Puisque la relation entre l'ASE et l'ajustement psychosexuel semble impliquer à la fois des aspects intra et interpersonnels, il importe que le cadre conceptuel à partir duquel seront examinées les relations entre l'ASE et la sexualité tiennent compte à la fois de variables relationnelles et individuelles. Par conséquent, les capacités du soi s'avèrent particulièrement pertinentes pour tenter de comprendre les liens qui existent entre nos variables.

Les études suggèrent que les traumatismes interpersonnels sont associés à des perturbations de l'identité, un manque de régulation émotionnelle et des relations interpersonnelles dysfonctionnelles (Briere & Rickards, 2007; van der Kolk, Pelcovitz, Roth, Mandel, & et al., 1996), autrement dit, avec les capacités du soi (McCann & Pearlman, 1990). D'ailleurs, des perturbations dans la sphère des capacités du soi semblent communes aux survivants d'abus ou de négligence à l'enfance, et celles-ci sont liées à d'importantes difficultés psychosociales dans le fonctionnement adulte (Briere & Rikards, 2007). Il est toutefois impossible de se

prononcer sur le rôle des capacités du soi dans la relation entre l'ASE et l'ajustement psychosexuel sur la base des données empiriques disponibles.

Puisque l'ASE survient dans le contexte d'une relation humaine, le trauma peut causer une perturbation du processus normal dans l'apprentissage de faire confiance, d'agir de façon autonome et de former des relations stables et sécurisantes (Elliot, 1994) et en retour, les relations interpersonnelles viennent influencer l'ajustement psychologique (Runtz et Shallow, 1997). Ceci dit, il est possible de comprendre de quelle façon la capacité à établir et maintenir des relations interpersonnelles significatives est altérée à l'aide, notamment, du modèle des dynamiques traumatiques de Finkelhor et Browne (1985). En effet, selon le concept de sexualisation traumatique, le contexte d'agression dans lequel l'enfant a été introduit à la sexualité risque d'altérer son développement psychosexuel, élevant le risque de vivre des relations intimes et une sexualité dysfonctionnelle à l'âge adulte.

Les recherches s'intéressant aux effets à long terme des agressions sexuelles via des variables médiatrices se sont bonifiées au cours des trois dernières décennies. Or, en date d'aujourd'hui, les médiateurs qui expliquent la relation entre l'ASE et l'ajustement psychosexuel restent à clarifier et les relations interpersonnelles restent un domaine auquel une attention particulière doit être portée (Roche, Runtz et Hunter, 1999). De plus, bien qu'à la lumière de ces observations, les liens entre l'altération des capacités du soi et les effets délétères sur le fonctionnement psychosocial semblent établis depuis longtemps (Collins & Read, 1990; Kohut, 1977; Linehan, 1993; Simpson, 1990), il n'en demeure pas moins que très peu d'études examinent l'ASE et l'ajustement psychosexuel en lien avec les différentes dimensions des capacités du soi.

## CHAPITRE II

### CADRE CONCEPTUEL

Des recensions des écrits (Davis & Petretic-Jackson, 2000; Putnam, 2003; Stoltenborgh, van IJzendoorn, Euser, & Bakermans-Kranenbur, 2011) et des études empiriques (Godbout, Lussier, & Sabourin, 2006; Godbout, Sabourin, & Lussier, 2007; Godbout, Dutton, Lussier, & Sabourin, 2009; Fergusson, McLeod, & Horwood, 2013; Lamoureux, Palmier, Jackson, & Hobfoll, 2012; Noll, Trickett, & Putnam, 2003) admettent que le vécu d'expériences abusives précoces a des effets délétères sur le fonctionnement de l'individu. Puisque l'ASE survient dans le contexte d'une relation humaine, il est possible d'envisager des répercussions dans la sphère relationnelle du survivant d'ASE, une fois adulte.

Depuis les premiers balbutiements de la recherche dans le domaine des traumatismes à l'enfance, de nombreux auteurs ont tenté de conceptualiser les effets engendrés par ces expériences abusives précoces. Ceci dit, il existe plusieurs modèles théoriques qui rendent compte de la relation entre un trauma vécu à l'enfance et le fonctionnement à l'âge adulte. En fait, afin de comprendre les relations à long terme entre l'ASE et l'ajustement psychosexuel, il est crucial de s'appuyer sur un cadre théorique qui tient compte de variables intermédiaires susceptibles d'expliquer la nature et les variations de la relation entre l'ASE et l'ajustement psychosexuel à l'âge adulte. Pour ce faire, deux modèles théoriques principaux ont été retenus pour le présent mémoire. En premier lieu, celui des dynamiques traumatogéniques de Finkelhor et Browne (1985) et ensuite, le modèle du trauma de Briere (1996; 2002).



## 2.1 Le modèle des dynamiques traumagéniques

Le modèle de Finkelhor et Browne (1985) propose que les effets de l'ASE peuvent être conceptualisés via quatre dynamiques traumagéniques qui altèrent les représentations cognitives et émotionnelles qu'a un enfant du monde en plus d'entraver la compréhension de son concept de soi et ses habiletés affectives : la sexualisation traumagénique, la trahison, l'impuissance et la stigmatisation. La *sexualisation traumatique* fait référence au processus selon laquelle la sexualité de l'enfant est compromise tant au plan développemental qu'au plan interpersonnel par l'expérience d'ASE. Elle peut se produire de plusieurs façons, par exemple lorsqu'il y a échange d'affection, de cadeaux ou de privilèges en échange du comportement sexuel ou encore, lorsque l'agresseur provoque une réponse sexuelle chez l'enfant. La sexualisation traumatique se produit aussi lorsque l'enfant est exposé de façon répétée à un comportement sexuel inapproprié pour son niveau développemental. De plus, le degré de compréhension dont fait preuve l'enfant au moment de l'ASE influence les répercussions subséquentes. Une ASE qui survient en bas âge peut ne pas générer le même niveau de sexualisation traumatique qu'une ASE chez un enfant assez mature pour comprendre les implications sexuelles d'un tel geste.

La *trahison* consiste en une dynamique via laquelle l'enfant apprend qu'une personne dont il était dépendant ou face à laquelle il était vulnérable lui a causé du tort, notamment en abusant de sa confiance. Les réactions des membres de la famille suivant l'ASE peuvent aussi contribuer à cette dynamique. Par exemple, un enfant qui n'est pas cru, qui est blâmé ou exclu ressentira davantage un sentiment de trahison qu'un enfant qui est soutenu.

L'*impuissance* renvoie à la notion que les désirs et la volonté de l'enfant sont constamment transgressés. Cette dynamique est exacerbée lorsque la coercition ou la

manipulation sont utilisées contre l'enfant et que ses tentatives de faire cesser l'abus échouent.

La *stigmatisation* réfère aux connotations négatives liées à l'abus subi, telles que la honte, la culpabilité, une faible estime de soi, qui sont communiquées à l'enfant par son entourage et que celui-ci intériorise ensuite dans son concept de soi. Cette dynamique s'observe à différents degrés. Par exemple, l'impression de devoir garder le secret ou être sévèrement humilié suite à l'ASE risque de renforcer le sens d'être différent. Inversement, l'enfant qu'on ne tient pas responsable de ce qui lui est arrivé pourrait vivre moins de répercussions liées à la stigmatisation.

Dans le cadre de ce mémoire, toutes les dynamiques, de *sexualisation*, *stigmatisation*, *trahison* et *impuissance* servent de lignes directrices pour comprendre les impacts potentiels de l'ASE sur les capacités du soi et l'ajustement psychosexuel. Plus particulièrement, ces dynamiques intégrées au présent modèle conceptuel permettent d'explorer comment l'ASE se répercute dans le développement des capacités du soi, pour ensuite affecter l'ajustement psychosexuel. Ainsi, il serait possible de croire que suite à une expérience d'ASE, la dynamique de la *sexualisation* conduirait l'individu à être confronté à une confusion et des incompréhensions liées à son concept de soi en contexte sexuel, celles-ci étant potentiellement susceptibles d'impliquer le sens identitaire. Pour sa part, la *stigmatisation* générerait une faible estime de soi chez le survivant ou la survivante d'ASE, l'impression d'être différent, abîmé ou souillé, qui s'ajouteraient au sens de l'identité, déjà brimé par le contexte dommageable dans lequel la sexualisation traumatique est exécutée. Enfin, l'*impuissance* crée à la fois un désenchantement des relations interpersonnelles, des angoisses d'abandon et un besoin intense de sécurité, et de retrouver une confiance en autrui. Forcément, ces réactions risquent de teinter la qualité des relations dans lesquelles les survivants d'ASE s'impliquent. À la lumière de ces explications, le modèle des dynamiques traumatogéniques supporte la pertinence d'inclure les capacités du soi comme variables

intermédiaires dans le but d'explorer les effets de l'ASE sur l'ajustement psychosexuel et de mieux comprendre comment ils se manifestent.

## 2.2 Le modèle du trauma

Selon le modèle du trauma de Briere (1996), les mauvais traitements à l'enfance, y compris l'ASE, risquent d'interrompre le développement usuel de certaines capacités chez l'enfant. D'une part, l'ASE tend à perturber les dynamiques d'attachement entre l'enfant et son parent. D'autre part, elle produit typiquement une détresse profonde qui justifie l'utilisation de certaines stratégies d'évitement. En retour, cet état interne, lourdement endommagé, rend l'individu à risque d'être facilement submergé par des affects qui pourraient ressembler à ceux vécus lors du trauma. Cette détresse pourrait générer l'utilisation de stratégies inadaptées et ultimement, empêcher le développement des capacités du soi chez les survivants.

Au plan de la construction identitaire, le contexte traumatique de l'ASE détourne l'attention de l'enfant de son état interne et la dirige plutôt vers l'environnement extérieur, où la présence de danger est constamment évaluée. Ainsi, l'enfant qui grandit dans un contexte de maltraitance est susceptible de développer un sentiment de vide et d'adopter une approche dirigée vers les autres (« *other-directedness* ») (Briere, 1992; 1996). Ainsi, les entraves au développement d'une identité solide, surtout chez des individus exposés au trauma sexuel de façon chronique, peuvent mener à un manque de normes et de valeurs internalisées, laissant le survivant vulnérable aux normes externes et aux jugements d'autrui.

L'expérience d'ASE, surtout précoce et répétée, peut conduire à des perturbations dans la sphère relationnelle. Spécifiquement, une telle expérience peut occasionner des attentes et des perceptions négatives chroniques sur la possibilité de se sentir en sécurité, la confiance, l'estime et l'intimité (Pearlman & Saakvitne, 1995). Les répercussions de l'ASE impliquent généralement des souvenirs sensoriels intériorisés



de façon implicite et non-narrative, surtout si les agressions sont survenues avant l'acquisition langagière. Puisque que l'ASE et ses répercussions se situent à un niveau implicite et impliquent des besoins de base ainsi que les schémas relationnels du survivant d'ASE, elles émergent particulièrement en situation potentiellement menaçante. Or, le contexte particulièrement intime d'une relation amoureuse et/ou sexuelle peut spécifiquement activer des cognitions négatives sous-jacentes et résulter en d'importantes difficultés relationnelles (Simpson & Rholes, 1994). Par le fait même, l'individu peut sembler réagir de façon démesurée dans le contexte immédiat alors qu'en fait, ses réactions découlent de son vécu traumatique.

Selon le modèle de Briere (1996), la régulation émotionnelle est une habileté qui se développe assez tôt dans la vie d'un individu, et qui continue à se développer tout au long de celle-ci. Briere postule que l'un des apprentissages les plus fondamentaux susceptibles de se produire en contexte d'agression sexuelle consiste en l'apprentissage, via conditionnement classique, d'associations entre les stimuli liés au trauma et des émotions négatives. Par exemple, les survivants d'ASE peuvent associer certaines caractéristiques de l'agresseur ou du contexte d'abus (i.e., sexe, âge ou ses caractéristiques physiques de l'abuseur, contexte d'intimité, comportements sexuels) avec des sentiments de peur et de détresse émotionnelle vécue lors du trauma sexuel, et ainsi développer des réponses émotionnelles conditionnées empreintes de peur et de détresse face à des stimuli qui évoquent le trauma. Foa et Kozak (1986) nomment ce phénomène l'intériorisation de « structures de la peur ». Dans certains cas, ces réactions risquent de se généraliser et se traduire via des réponses émotionnelles négatives face à une variété de relations interpersonnelles, en particulier, celles qui impliquent une intimité, la proximité, une vulnérabilité ou des comportements sexuels.

Au surplus, le contexte de trauma risque de ne pas avoir fourni aux survivants les ressources nécessaires à l'acquisition de bonnes habiletés de tolérance et de

régulation émotionnelle (p. ex., un contexte qui permet un contact avec son monde interne, des liens sécurisants avec les figures d'attachements, des figures d'attachement et un contexte de vie qui facilite la mentalisation des phénomènes internes et externes), les laissant donc sujets à être facilement dépassés par les situations sans être en mesure de s'apaiser.

Bref, des représentations de soi et des autres profondément altérées, des habiletés insuffisantes à gérer les états émotionnels internes, et le recours à des stratégies défensives en contexte intime témoignent de cette interruption du développement usuel des capacités du soi. En d'autres mots, l'exposition à un stress trop intense (i.e., l'ASE) et le débordement des ressources disponibles de l'individu au moment du trauma risquent de conduire à ces séquelles négatives ultérieures dans le fonctionnement psycho-sexuel adulte (Briere, 2002).

Dans le cadre du présent mémoire, il est possible d'envisager les effets de l'ASE à travers le développement des trois dimensions des capacités du soi (i.e., identité, régulation émotionnelle, connexion aux autres) qui à leur tour, retentissent sur l'ajustement psychosexuel. Par exemple, le développement d'une relation d'attachement sécurisante auprès de personnes significatives peut être compromise chez l'enfant ayant vécu l'ASE puisque des personnes qui devaient le protéger, lui ont causé du tort. Son développement empreint d'anxiété et d'évitement pourrait teinter les relations interpersonnelles ultérieures des survivants d'ASE, notamment au niveau de la présence de conflits. Ces difficultés et ces distorsions au plan interpersonnel pourraient contribuer au développement de dysfonctions sexuelles ou encore, générer davantage d'anxiété sexuelle (Jehu et al., 1988). Puis, au niveau du sens identitaire, l'ASE déforme la perception qu'a l'individu de lui-même. En effet, l'ASE peut apprendre à l'individu qu'il est inadéquat, sans ressource ou repoussant (Jehu, 1989). Ces cognitions perdurent dans le concept de soi à l'âge adulte et

risquent de perturber le fonctionnement de l'individu jusqu'à la sphère psychosexuelle.

Quant à la régulation émotionnelle, les stratégies défensives d'évitement qui relèvent de la dissociation peuvent avoir des effets délétères considérables sur l'ajustement psychosexuel des survivants d'ASE (Briere, 1996). Par exemple, des études antérieures révèlent que les individus qui grandissent dans des milieu instables n'arrivent pas à développer l'aisance nécessaire pour vivre une gamme d'émotions variées (Haft & Slade, 1989), la confiance en soi et autrui (Feeney & Noller, 1990; Hazan & Shaver, 1987) ainsi qu'un confort avec l'intimité (Collins & Read, 1990). Ces éléments sont pourtant centraux dans l'établissement de relations sexuelles satisfaisantes et exemptes d'anxiété ou de dysfonctions sexuelles (Feeney & Noller, 2004). Aussi, en modifiant les associations entre les pensées, les émotions et les souvenirs (Briere, 1992), la dissociation peut distraire l'individu des signaux et des indices essentiels à l'excitation sexuelle (Rellini & Meston, 2011). Ainsi, peu importe la façon par laquelle l'ASE interrompt le développement de l'enfant et l'acquisition normale de ses différentes capacités du soi, il reste qu'une identité diffuse, des relations interpersonnelles difficiles et l'utilisation de la dissociation pour éviter des états internes douloureux sont tous sujets à contribuer à un moins bon ajustement psychosexuel à l'âge adulte.

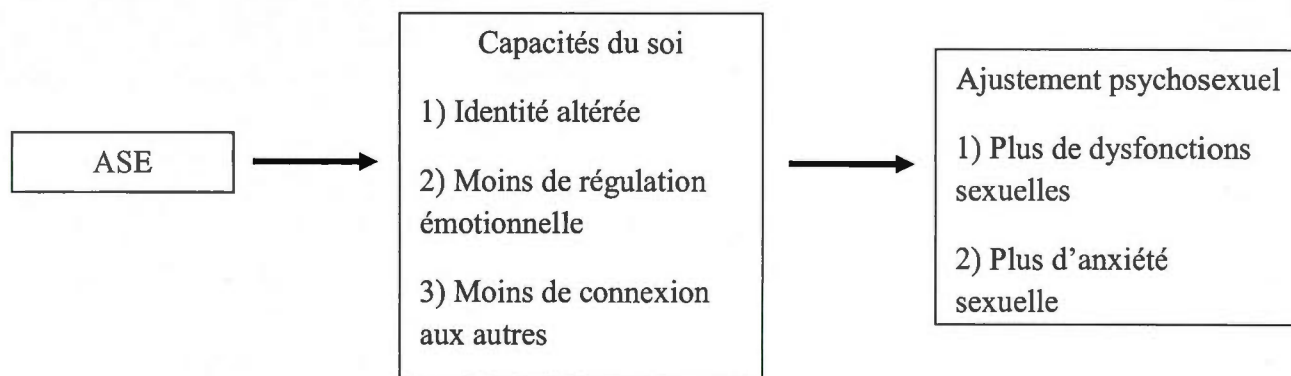
## CHAPITRE III

### OBJECTIFS ET HYPOTHÈSES

Il est connu que l'ASE peut contribuer au développement de capacités du soi altérées et s'associe à toute une gamme de symptômes psychologiques et sexuels. Or, il reste à examiner quelles sont les relations entre l'ASE et l'ajustement psychosexuel et surtout, de comprendre ces liens. Ceci dit, les objectifs de cette étude sont premièrement, d'examiner les liens entre le vécu d'ASE et l'ajustement psychosexuel ultérieur, et enfin, d'évaluer le rôle des capacités du soi et de l'attachement dans cette relation. On suggère dans la documentation scientifique que l'ajustement psychosexuel du survivant d'agression sexuelle ne peut être prédit par qu'un seul facteur (Kinzl, Traweger, & Biebl, 1995). Par conséquent, on postule plutôt que c'est un assortiment complexe de relations entre l'agression sexuelle et plusieurs variables intra et interpersonnelles, telles que les caractéristiques personnelles de l'individu ou un environnement familial négatif (Briere, 1992) qui expliquerait cette relation. Afin d'atteindre les objectifs de la présente étude, il s'avère pertinent d'orienter nos théories vers des cadres conceptuels qui impliquent des processus internes chez l'individu. Par conséquent, dans le but de valider le cadre théorique choisi aux fins de l'étude, on constate que les différentes sphères des capacités du soi sont toutes susceptibles d'être reliées à une expérience de trauma sexuel ou encore, à l'ajustement psychosexuel.

De plus, cette étude vise à étudier le jeu complexe des relations entre les variables qui est susceptible de contribuer aux variations de l'ajustement psychosexuel des survivants d'ASE. Plus spécifiquement, ce projet de mémoire a pour but d'examiner via quelles variables s'explique la relation l'ASE et l'ajustement psychosexuel, en utilisant les capacités du soi (Briere, 2002) comme variables médiatrices.

Trois hypothèses sont postulées dans le cadre de ce mémoire. Précisément, (1) il est prévu que l'ASE contribue à la prédiction des capacités du soi altérées : identité, régulation émotionnelle et connexion aux autres. Puis, (2) il est attendu que l'expérience d'ASE soit associée à un ajustement psychosexuel plus faible (i.e., plus de dysfonctions sexuelles et plus anxiété sexuelle). Enfin, (3) afin de confirmer le modèle théorique proposé, il est attendu que l'analyse acheminatoire révélera un effet de médiation des capacités du soi dans la relation entre l'ASE et l'ajustement psychosexuel.



## CHAPITRE IV

### MÉTHODOLOGIE

#### 4.1 Participants et procédures

Un total de 257 femmes et 45 hommes ( $N = 304$ ) âgés de 18 ans ou plus, et recrutés au sein de la population générale ont pris part au projet de recherche. Le recrutement s'est déroulé en ligne. Le lien de l'étude était disponible via une page Facebook créée exclusivement pour le projet de recherche et une invitation à participer à l'étude en ligne a aussi été envoyée via la liste de diffusion de la société québécoise pour la recherche en psychologie adressée aux professeurs, étudiants et tout autre professionnel de la psychologie. Le questionnaire en ligne était hébergé par le site internet *SurveyMonkey*. Considérant que certaines personnes ne sont pas confortables avec l'utilisation d'internet, les participants avaient aussi l'opportunité de recevoir une version du questionnaire par la poste et ainsi, le remplir en format papier. Ainsi, neuf personnes ont complété la version papier du questionnaire. Les participants potentiels étaient informés que l'étude anonyme et confidentielle, comportait des questions sur les expériences passées de victimisation, les processus intrapersonnels, les relations interpersonnelles et le fonctionnement sexuel. La participation au projet de recherche nécessitait une durée de 30 à 40 minutes. De plus, en complétant le questionnaire, les participants pouvaient prendre part à un tirage dans lequel ils couraient la chance de gagner l'un des deux prix de 50\$.

Les participants avaient en moyenne 28,55 ans ( $ET = 9.56$ , variant entre 19 et 74 ans). La majorité des participants sont citoyens canadiens (91%), étudiants (54%) et travailleurs à temps plein (35%). Leur langue maternelle est principalement le français (93%), ils ont complété des études universitaires de premier cycle (38%) et



sont hétérosexuels (89%). En ce qui concerne leur statut marital, 43,6% des participants étaient en relation avec un partenaire régulier, 24,1% étaient conjoints de fait, 12,5% étaient mariés et environ 8,9% étaient célibataires avec un ou plusieurs partenaires occasionnels et enfin, 10,9% étaient célibataires non engagés dans une relation.

#### 4.2 Instruments de mesure

En fonction des variables d'intérêt retenues dans le cadre de ce présent mémoire, les instruments de mesure utilisés sont les suivants. L'expérience d'agression sexuelle à l'enfance a été évaluée à l'aide d'un seul item évaluant si l'individu a déjà eu des contacts sexuels non désirés pendant l'enfance/adolescence ou des contacts sexuels pendant l'enfance/adolescence avec un adulte, ou avec quelqu'un en position d'autorité ou ayant 5 ans de plus. Si un ou une participante répondait oui à la question évaluant l'ASE, des questions spécifiques reliées à l'expérience d'agression sexuelle lui étaient ensuite adressées. Par exemple, le ou la participant(e) devait sélectionner le type de contact (i.e., l'abuseur voulait voir l'enfant nu(e), a montré ses parties génitales, a touché ou voulait être touché avec les mains, la bouche ou autre, relations sexuelles orales ou relations sexuelles vaginales ou anales), la relation avec l'abuseur, la façon avec laquelle il ou elle a procédé pour obtenir les contacts sexuels, l'âge auquel les contacts ont débuté et la durée. Ces questions proviennent du *Questionnaire sur les expériences sexuelles durant l'enfance* (Godbout, Lefebvre, & Sabourin, 2002).

Ainsi, dans le cadre de cette étude deux groupes ont été formés sur la base de l'expérience d'ASE. Tous ceux qui rapportaient au moins un type de contact physique étaient attribués au groupe de survivants d'ASE. Ceci étant dit, les individus ayant seulement rapporté que l'abuseur voulait les voir nus ne seraient pas comptabilisés dans les analyses. Or, il s'est avéré qu'aucun participant n'a sélectionné uniquement ce type d'ASE, la totalité a donc pu être prise en compte dans les analyses statistiques.



La variable de l'ASE a été calculée en variable dichotomique (0 = pas d'ASE; 1 = présence d'ASE).

Les participants ont également complété l'*Inventaire des capacités du soi* (IASC; Briere & Runtz, 2002) qui évalue les trois dimensions des capacités du soi : la connexion aux autres, l'identité et la régulation émotionnelle (63 items en sept échelles de neuf items). Précisément, trois échelles constituent la dimension de la connexion aux autres. L'échelle des conflits interpersonnels mesure les difficultés relationnelles et la mesure dans laquelle un individu tend à être impliqué dans des relations chaotiques et frustrantes émotionnellement. En ce qui concerne l'échelle idéalisation-désillusionnement, elle évalue la prédisposition d'un individu à changer rapidement son opinion d'un individu, de très positive à négative. L'échelle des préoccupations d'abandon également, réfère à la sensibilité de l'individu à l'abandon perçu ou réel par ses proches ainsi que la tendance à craindre que les relations significatives se terminent.

La dimension de l'identité contient deux échelles. La première liée à plus de déficits de l'identité questionne la conscience de soi à travers les contextes (i.e., un manque de compréhension de son sens de l'identité) et l'identité diffuse (i.e., une difficulté à reconnaître les frontières entre ses propres pensées et émotions et celles des autres). La seconde, l'influencabilité, fait référence à la propension d'un individu à suivre les indications d'autrui sans nécessairement y avoir réfléchi.

Parmi les échelles de régulation émotionnelle, on retrouve l'échelle de manque de régulation émotionnelle qui réfère à des sautes d'humeur et à une incapacité d'inhiber la colère et s'évalue via une instabilité affective (i.e., changements émotifs très rapides) et des compétences affectives déficitaires (i.e., des lacunes dans le contrôle des émotions). Enfin, la septième échelle mesure les activités réductrices de tension.

Elle questionne la tendance d'un individu à recourir à des comportements de passage à l'acte dans le but d'apaiser des états émotionnels internes douloureux.

Tous les items sont cotés sur une échelle de type Likert à cinq points (1 = jamais; 5 = très souvent). Des scores élevés sur chacune des échelles réfèrent à des symptômes plus élevés. Aux fins de cette étude, une traduction française a été effectuée. Les qualités psychométriques bien établies de la version anglaise du questionnaire (Briere & Runtz, 2002) ont été répliquées dans la version française. Dans le présent échantillon, les alphas de Cronbach ont été calculés pour toutes les échelles et s'avèrent tous satisfaisants : conflits interpersonnels ( $\alpha = 0,84$ ), idéalisation-désillusionnement ( $\alpha = 0,92$ ), préoccupations d'abandon ( $\alpha = 0,92$ ), identité déficitaire ( $\alpha = 0,90$ ), influençabilité ( $\alpha = 0,88$ ), manque de régulation émotionnelle ( $\alpha = 0,90$ ) et enfin, les activités réductrices de tension ( $\alpha = 0,72$ ).

L'*Inventaire multidimensionnel de la sexualité* (Snell, et al., 1993) est un instrument auto-rapporté contenant 60 items et il est utilisé afin d'évaluer les aspects psychologiques du fonctionnement sexuel. Dans le cadre de cette étude, seule l'échelle évaluant l'anxiété sexuelle a été retenue. Cette sous-échelle contient cinq items tels que « Je suis très préoccupé(e) par les aspects sexuels de ma vie ». Ces items sont cotés sur une échelle de type Likert à cinq points (0 = ne me caractérise pas du tout; 4 = me caractérise beaucoup). Les réponses sont ensuite additionnées et des scores plus élevés indiquent une présence plus grande de la tendance sexuelle qui est évaluée, le cas échéant, l'anxiété sexuelle. Afin de permettre l'utilisation de cet instrument auprès de notre population, la version française de Ravart, Trudel et Turgeon (1993) a été utilisée. Les alphas de Cronbach pour l'échelle d'anxiété sexuelle tant dans l'échantillon utilisé par Snell, Fisher et Walters (1993) que celui du présent échantillon sont très bons, soit 0,87 et 0,85.

Enfin, la dernière mesure du fonctionnement sexuel à laquelle les participants ont répondu est l'*Échelle des expériences sexuelles d'Arizona* (ASEX; McGahuey, et al., 2000). Cette mesure évalue cinq aspects majeurs de la sexualité le désir, l'excitation, l'érection pénienne ou la lubrification vaginale, la capacité à atteindre l'orgasme et la satisfaction liée à l'orgasme. Par exemple, un item de ce questionnaire serait « À quel point est-il facile pour vous d'être excité(e) sexuellement? ». Les réponses aux questions se situent sur des échelles de type Likert à 6 points (1 = extrêmement forte ou extrêmement facilement; 6 = jamais ou n'atteint pas l'orgasme). Cet outil démontre une très bonne validité interne ( $\alpha = 0,91$ ) et aussi, une très bonne fidélité par test-retest (clinique,  $r = 0,80$ ,  $p < .01$ ; contrôle,  $r = 0,89$ ,  $p < .01$ ). Bourassa et Brassard (2011) ont traduit et validé cet instrument en plus d'y ajouter un 6<sup>e</sup> item concernant la douleur chez la femme. Le score total varie entre 6 et 36, des scores plus élevés indiquant davantage de dysfonctions sexuelles. Dans le présent échantillon, l'alpha de Cronbach calculé est de 0,76.

#### 4.3 Considérations éthiques

D'abord, il convient de noter que ce projet a été préalablement accepté par le comité éthique de l'UQAM. Toutes les informations recueillies sont anonymes et les données seront conservées pour un temps limité, après lequel, elles seront détruites. De plus, les risques encourus par la participation au projet de recherche sont relativement minimes et les participants en sont informés dès le début. Afin de pallier aux sentiments de détresse qui pourraient être générés suite à la participation de l'étude, les coordonnées d'une personne ressource étaient fournies sur le formulaire de consentement. La confidentialité et l'anonymat des participants se manifestent également dans la façon de conserver les documents. En effet, la documentation contenue dans les questionnaires papiers par exemple, est conservée dans des armoires tenues sous clé. Ces armoires se retrouvent dans un laboratoire de recherche de l'UQAM qui est uniquement accessible aux chercheurs et assistantes de recherche directement associés au projet de recherche.

CHAPITRE V

ARTICLE

Childhood Sexual Abuse, Altered Self-Capacities and Psychosexual Adjustment in  
Adulthood

Noémie Bigras,  
Natacha Godbout

Département de sexologie, Université du Québec à Montréal, Montréal

### **Abstract**

The empirical literature demonstrates long lasting associations between childhood sexual abuse (CSA) and alterations in the self-capacities: interpersonal relatedness, identity, and affect regulation (Briere & Rickards, 2007). Empirical studies suggest that CSA is related to deleterious effects on survivors' psychosexual functioning including sexual dysfunctions (Najman, Dunne, Purdie, Boyle, & Coxeter, 2005; Snell, Fisher, & Walters, 1993). However, the link between altered self-capacities and psychosexual adjustment remain to be documented. A total of 304 participants from the general population answered an online questionnaire that aims to examine the role of CSA and altered self-capacities to predict psychosexual adjustment. Structural equation modeling revealed that CSA is directly and indirectly related to psychosexual adjustment via a low self-awareness and a propensity to engage in difficult interpersonal relationships. Findings have important clinical implications for people who seek treatment for sexual difficulties.

**Keywords:** Childhood Sexual Abuse, Self-Capacities, Sexual Dysfunctions, Sexual Anxiety



### **Childhood Sexual Abuse, Altered Self-Capacities and Psychosexual Adjustment in Adulthood**

The finding that childhood sexual abuse (CSA) is a common form of childhood maltreatment leading to considerable negative effects in both the short and long terms led to increased social and professional interest in the last decades (Pereda et al., 2009). Results from a meta-analysis based on international studies revealed that CSA is reported by a significant proportion of women (18%) and men (8%) in community samples (Stoltenborgh et al., 2011). Results from a Quebec sample showed similar rates of CSA in both women and men, nearly 22% and 10% respectively (Hébert, Tourigny, Cyr, McDuff, & Joly, 2009).

#### **Childhood Sexual Abuse and Self-Capacities**

Scientific literature highlighted links between CSA and a large array of short and longer-term psychological symptoms tapping in the definition of self-capacities, such as a disruption in the sense of identity, a lack of emotional regulation and dysfunctional interpersonal relationships (Briere & Rickards, 2007; McCann & Pearlman, 1990; Putnam, 2003; van der Kolk et al., 1996). Self-capacities evoke the notion that optimal interpersonal functioning includes the extent to which an individual is able to achieve three tasks: (a) maintain a sense of personal identity and self-awareness that is relatively stable across various experiences; (b) tolerate and control strong emotions (particularly negative emotions) without avoidance strategies; and (c) develop and maintain significant relationships with other people that are not disturbed by excessive worries of abandonment (Briere & Runtz, 2002; Elliott, 1994; Kohut, 1977; McCann & Pearlman, 1990). In line with the Self-Trauma Model (Briere, 1996), these self-functions are acquired in childhood (Cole & Putnam, 1992) in the context of parent-child attachment experiences with supportive caretakers (Alexander, 1992). Repeated positive experiences with caring parental

figures enable the acquisition of a positive sense of self that contribute to a secure base on which to build and interact with others (Bowlby, 1982). In contrast, the abusive context of CSA might interrupt normal child development and the usual acquisition of self-capacities, placing the individual at risk for being more easily overwhelmed by emotional distress related to memories of the trauma (Briere, 2002).

### **Impaired Identity.**

The Traumagenic Dynamics Model proposed by Finkelhor and Browne (1985) offers an interesting framework to understand the long-term effects of CSA on self-capacities and sexuality. This model proposes that CSA-related dynamic of stigmatization (e.g., incorporated perceptions of being bad, guilty, and responsible of the abuse) might destroy or distort survivors' self-image, self-worth and perception of control over their life. Such learning can persist into adulthood and color the sexual functioning of CSA survivors (Briere, 1996). Individuals with a less-consistent sense of personal existence or impaired identity (Briere, 1996) may lack the internal self-monitoring and self-awareness that would inform them of their feelings, thoughts, and needs. They may also report a feeling of emptiness or a confusion about who they are, express opposing thoughts and feelings or feel unable to set goals for the future (Hamilton, 1988; Kohut, 1977; McCann & Pearlman, 1990).

CSA might also distort the survivor's understanding and perceptions of the self. Also, empirical data as well as literature review of empirical data indicate that abuse-related cognitions may lead CSA survivors to view their sense of personal identity particularly affected through a low self-esteem and a sense of incapacity to affect the world (Berliner & Elliott, 1996; Davis & Petretic-Jackson, 2000). The perception of a negative self-worth and the general confusion about their own desires and emotions can often hamper the usual individual's functioning which might lead to elevated sexual anxiety and dysfunctions (Pearlman & Courtois, 2005), although this theoretical link remain to be supported by empirical data.

### **Interpersonal dysfunctions.**

According to attachment theory, self and social growths are strongly bound together, thus, dysfunctions in the self are thought to have their counterpart in the relational domain, especially in sexuality (Bowlby, 1969; Cole & Putnam, 1992). Through the Traumagenic Dynamic Model, CSA constitute a very intimate interpersonal violation potentially leading to deep feelings of betrayal that tend to negatively impact survivors's potential to develop healthy intimate relationships (Finkelhor & Browne, 1985). Effectively, CSA has been found to represent a risk factor for interpersonal conflicts (DiLillo, 2001), undermining the acquisition of the survivors' awareness of the boundaries between the self and others (Briere, 1996) and impairing the ability to develop intimacy with significant others (Davis, Petretic-Jackson, & Ting, 2001; Godbout, Lussier, & Sabourin, 2006). CSA has been found to predict poor social adjustment and general relationships problems (DiLillo, 2001) and the ability to form and maintain meaningful relationships with close ones is fundamental in adult functioning (Briere & Runtz, 2002). Major abandonment concerns such as distortions about trust and safety in close relationships can also emerge from such a traumatic experience (DiLillo, 2001), which often lead to interpersonal difficulties through anxiety, lower level of trust in the partners and poorer communication skills (DiLillo & Long, 1999).

In addition of their tendency to get involved in difficult and chaotic relationships, Polusny and Follette (1995) observed that CSA survivors tend to avoid interpersonal relationships in an attempt to stay away from negative thoughts, feelings and memories. They may also experience low desire to get involved in intimate relationships that implies a possible confrontation with prior interpersonal trauma-related fears (Godbout, 2009). Also included in this dimension are the inappropriate projections, inordinate fear of abandonment, or activities that could be used intentionally or inadvertently to challenge or destabilize the relation with an

intimate partner (Briere, 2002; Elliott, 1994; Kohut, 1977; McCann & Pearlman, 1990).

### **Affect Dysregulation.**

The ability to control and tolerate negative emotions is developed in the first years of life even though it keeps evaluate over the lifespan (Bowlby, 1973). Results of Briere and Rickards (2007) go along with Messman-Moore, Walsh and DiLillo's results (2010) suggesting that childhood maltreatment, including CSA, is related to affect dysregulation. Individuals with difficulties in affect regulation may experience rapid mood changes, issues in inhibiting intense affects or may use avoidance strategies and acting-out to end up unpleasant situations (Briere, 2002). In the sexual realm, this lack of affect regulation may result in excessive or inappropriate sexual behaviors (Brennan & Shaver, 1995) in order to distract, soothe or numb internal distress (Briere & Scott, 2006). It may also be expressed through anxiety and depression, substance abuse or borderline personality traits or disorder (Fruzzetti, Shenk, & Hoffman, 2005; Putnam, 2003). Results of Arata and colleagues (2005) examine individuals with a history of sexual abuse and they reported significantly more consensual sexual partners (e.g., which is part of promiscuity within this study and is often viewed as acting-out behaviors) in comparison to those without sexual abuse. Since such behaviors may be acted out to cope with triggered overwhelming or suffering emotional states, the use of avoidance strategies can be seen as helpful (Briere, 2002). Moreover, it is often acknowledged that to some extent, one of the manifestations of affect dysregulation is dissociation (Briere, 1992; Cloitre et al., 2009).

### **Childhood Sexual Abuse and Psychosexual adjustment**

#### **Sexual dysfunctions.**

Building on their Traumagenic Model, Finkelhor and Browne (1985)



suggested that CSA might impact sexual functioning through survivors' memories and negative emotions such as fear, anger and disgust from the past that might contaminate current sexual experiences. (dynamic of traumatic sexualization). As a result, distorted cognitions or beliefs about sexuality or relationships can play an important role in the development of sexual dysfunctions in CSA survivors (Jehu et al., 1988). A substantial body of literature shows that CSA is associated with a large range of psychological and sexual symptoms (Aaron, 2012; Briere & Elliott, 1994; Colman & Widom, 2004; Godbout et al., 2009; Leclerc, Bergeron, Binik, & Khalifé, 2010; Putnam, 2003). Previous studies on sexual functioning in CSA survivors documented the presence of symptoms of sexual dysfunctions (Hunter, 1991; Mullen, Martin, Anderson, Romans, & Herbison, 1994). Sexual difficulties often reported by CSA survivors include aversion to sex, problems with arousal or impaired orgasm, vaginismus and negative attitudes toward they body or sexuality itself (Becker, Skinner, Abel, & Treacy, 1982; Luo, Parish, & Laumann, 2008; Tsai, Feldman-Summers, & Edgar, 1979). While research on the topic remains old, a recent Australian population-based study also found correlates between CSA and the frequency of sexual symptoms in men and women (Najman et al., 2005).

### **Sexual Anxiety.**

Psychological aspects of sexual functioning are also of great value to understand how CSA might affect adult sexuality. In line with the Finkelhor and Browne (1985) traumatic sexualization, given the abusive context in which sexuality first occurred, the role of sexuality can be confusing in intimate relationships. Empirical data offered support to this idea showing that some individuals may feel obligated to have sex (Jehu, 1989). A review of empirical data suggests it can generate a sense of discomfort, dissatisfaction, or anger that all can impede normal sexual functioning (for a review see Davis & Petretic-Jackson, 2000). In his model, Briere suggests that CSA might compromise the child's development and result in lasting symptoms via the alteration of attachment-related dynamics and cognitive

problems that may lead to more sexual anxiety (1996). For example, studies showed that using avoidance coping strategies (Merrill, Guimond, Thomsen, & Milner, 2003) or experiential avoidance (Leonard, Iverson, & Follette, 2008) predicted higher levels of sexual concerns in CSA survivors. The notion of sexual-anxiety, defined “as the tendency to feel tension, discomfort, and anxiety about the sexual aspects of one’s life” brought by Snell and colleagues (1993), has consistently been found to relate to CSA. For example, women with a history of CSA tend to report a greater preoccupation with sex (Noll et al., 2003), experience more negative affect during sexual arousal (Meston et al., 2006; Schloretd & Heiman, 2003) and to associate cues of sexual arousal responses to negative sexual representations (or the physiological sensation felt during the abuse) (Wenninger & Heiman, 1998).

### **Self-Capacities as Mediator of the relation between CSA and Psychosexual Adjustment**

The scientific literature provides strong evidence that CSA might impact psychosexual adjustment and the self-capacities. Studies successfully highlighted how trauma relates to altered self-capacities and their deleterious effects on psychosocial functioning (Collins & Read, 1990; Kohut, 1977; Linehan, 1993; McCann & Pearlman, 1990; Simpson, 1990) but few studies examined the links between CSA and psychosexual adjustment and the self-capacities. To our knowledge, four recent studies examined the potential role of altered self-capacities as mediator in various domains, but their role in the relation uniting CSA and psychosexual adjustment remains to be documented. For example, in a sample of university students, Allen (2011) observed a full mediation of the relation between childhood psychological abuse and various forms of aggression in adulthood through interpersonal self-capacities, specifically via more interpersonal conflicts. Palesh and her colleagues (2007) found that self-capacities mediated the relation between childhood abuse severity and the level of distress felt when narrating the story in a sample of 134 female CSA survivors. Also, in a sample including prison inmates, a

treatment-seeking community sample, and a sample recruited via the internet, Dietrich (2007) suggests that impaired interpersonal relationships as well as affect dysregulation in survivors of maltreatment predict greater risks of revictimization. Finally, in a sample of 418 trauma-exposed participants from the general population, the association between cumulative interpersonal trauma and dysfunctional avoidance had been found to be mediated by reduced affect regulation capacities (Briere, Hodges, & Godbout, 2010).

Empirical data suggest that CSA might specifically lead to sexual difficulties. For example, results from a small pilot study conducted on 76 internal medicine outpatients, revealed that among all types of trauma, CSA was the only one associated with sexual outcomes (Sansone, Muennich, Barnes, & Wiederman, 2009). Other empirical work showed that above child physical and emotional abuse, CSA was uniquely related to compulsive sexual behaviors (Blain, Muench, Morgenstern, & Parsons, 2012). These recent findings are in line with previous literature establishing that CSA was uniquely associated with maladaptive sexual behavior (Briere & Runtz, 1990) which all highlight the relevance of emphasizing our work on the mechanisms that may explain the effects of trauma on later psychosexual functioning in adulthood.

Bowlby's attachment theory (1969, 1973, 1980), Briere's Self-Trauma Model (1997), and Finkelhor and Browne Traumagenic Model (1985) all suggest that experience of CSA might impair the internalization of positive relational schemas, predisposing survivors to develop a negative vision of self and anxiety toward sexual encounters. Links between self-capacities and adults sexual dysfunctions as well as sexual anxiety remain to be documented, but existing data suggest they might be related. Actually, disturbed development of self has been systematically related to long-term interpersonal problems, possibly including tension or discomfort in regard to sexuality (Pamela C. Alexander, 1993). Older studies revealed that individuals

who grew up in an uncertain environment failed to develop the capacity to deal with a range of emotions (Haft & Slade, 1989), self-confidence, ability to trust (Feeney & Noller, 1990; Hazan & Shaver, 1987), and comfort with closeness (Collins & Read, 1990), all of which have been proven central to the establishment of satisfactory sexual relationships that may be free of anxiety and dysfunctions (Feeney & Noller, 2004). It is possible to think that representations of the self (i.e., being preoccupied with self-schemas and negative affect prior to sexual activities) can distract survivors from sexually-relevant cues that trigger sexual arousal (Rellini & Meston, 2011) and impair sexual satisfaction or orgasm.

Overall, intrapersonal factors such as lack of personal value, not recognizing their needs, which are typical of impaired identity or deficits in interpersonal processes such as poor communication skills, or being less aware of the boundaries between the self and others may also lead to sexual difficulties. Moreover, the review of the literature highlights that data on sexual dysfunctions in CSA survivors are getting old, which adds to the relevance of conducting a study on the effect of CSA and psychosexual functioning.

The current study aims to verify how CSA and self-capacities variables predict variations in sexual anxiety and sexual dysfunctions. We hypothesized that (1) CSA will predict greater alterations in self-capacities, (2) CSA will be associated to more sexual dysfunctions and increased sexual anxiety in adulthood, and (3) alterations in self-capacities would mediate the relationship between childhood sexual abuse and psychosexual adjustment (i.e., sexual dysfunctions and sexual anxiety).



## Method

### Participants and Procedure

Participants were 257 women and 45 men ( $N = 304$  participants) from the general population aged 18 years and over. Recruitment was conducted online. The link of the study was shared on the Facebook social network through a page dedicated to the study, and an invitation to participate in the study was sent through a listserv for students, teachers and other professionals associated to the realm of psychology. The online version of the questionnaire was hosted by the *SurveyMonkey* website. Considering that not everybody is comfortable with Internet, participants also had the possibility to receive the questionnaires by mail. The study was described as a confidential and anonymous survey on past experiences of victimization, intrapersonal processes and relationships and sexual functioning. Participation required 30 to 40 minutes. Participants were offered a chance the opportunity to be entered in a draw for 50\$. The study was approved by the Institutional Review Board of the Université du Québec à Montréal.

The average participant was 28.55 years of age ( $SD = 9.56$ , range 19 to 74 years). Most of participants were Canadian citizens (91%), students (54%) and full time workers (35%). Their primary language was French (93%), they have completed undergraduate studies (38%) and were heterosexual (89%). Regarding their marital status, 44% of participants were in a relationship with a regular partner, 24% were in common-law relationship, 13% were married and about 20% were single with no partners or one or more partners.

### Measures

CSA was assessed using gate questions asking if the individual has ever experienced unwanted sexual contact in childhood/adolescence or sexual contact during childhood/adolescence with an adult, someone in authority or someone 5 years



older. CSA survivors who responded yes to any of the gate questions were invited to complete questions related to type of sexual contact (e.g., showed genitals, touched or wanted to be touched with hand or mouth, oral sex, vaginal or anal penetration), the relation with the abuser (e.g., father, uncle/aunt, neighbor), how he or she proceeded to have sexual contacts. Participants were classified as having experience CSA if the answer to any question related to type of sexual contact involves physical contact. CSA variable was dichotomous (0 = no CSA; 1 = CSA).

Self-Capacities were evaluated using the 63-item *Inventory of Altered Self-Capacities* (IASC; Briere & Runtz, 2002). The measure contains seven scales (nine items each) assessing three specific dimensions of self-capacities: Relatedness, Identity and Affect Dysregulation. Specifically, the Interpersonal Conflicts scale, evaluates difficulties in relationships with others as well as the extent to which a person tends to be caught up in chaotic and emotionally upsetting relationships. The Idealization-Disillusionment scale assesses predisposition to dramatically change one's opinions about significant others (e.g., "Suddenly hating someone you used to like a lot"). The Abandonment Concerns scale refers to the sensitivity of a person to abandonment by close others and the tendency to fear terminations of significant relationships.

The Identity Impairment scale taps into self-awareness and identity diffusion (e.g., "Feeling like you don't understand your own behaviors" "Getting confused about what you want when you are with other people"). Susceptibility to influence refers to a tendency to follow the directions of others without having really think about it (e.g., "Being easily influenced by others").

Affect dysregulation taps to problem in affect regulation ranging from rapid mood changes to deficits in affect control (e.g., "Having a hard time calming down once you get upset"). Last scale refers to tension reduction activities which are a

proclivity to react to painful internal states with externalizing behaviors (e.g., "Getting into a fight just to get your anger out"). Each item is rated on a 5-point Likert scale (1 = never; 5 = very often). Higher scores on each scale reveal greater problems with self-capacities. For the purpose of this study, a French translation of the questionnaire has been made. After an Agreement to translate was obtained from PAR, the IASC was translated in French. Once the translation was completed, a back-translation was conducted by an individual unfamiliar with the English version of the test and the back-translation was made and forwarded to PAR and the author of the original version for review and approval. The well-demonstrated psychometric qualities of the English version (Briere & Runtz, 2002) are replicated in the French-translation. In the current sample, Cronbach's alphas were also calculated: Interpersonal Conflicts ( $\alpha = .84$ ), Idealization-Disillusionment ( $\alpha = .92$ ), Abandonment Concerns ( $\alpha = .92$ ), Identity Impairment ( $\alpha = .89$ ), Susceptibility to Influence ( $\alpha = .88$ ), Affect Dysregulation ( $\alpha = .90$ ), and Tension Reduction Activities ( $\alpha = .72$ ).

Sexual Anxiety was assessed with the 5-item Sexual Anxiety scale of the *Multidimensional Sexuality Questionnaire* (MSQ; Snell et al., 1993 translated into French by Ravart, Trudel, & Turgeon, 2000). Items are rated on a 5-point Likert scale (0 = not at all characteristic of me; 4 = very characteristic of me) and summed to form subscale scores, with high scores indicating greater amounts of sexual anxiety (e.g., "I feel anxious when I think about the sexual aspects of my life"). Both Cronbach's alpha coefficient for the Sexual Anxiety subscale's in Snell, Fisher and Walters's (1993) sample and the current sample were very good, respectively .87 and .85.

Sexual dysfunctions were assessed using *The Arizona Sexual Experience Scale* (ASEX; McGahuey et al., 2000; French translation by Bourrassa & Brassard, 2011), a 5-item scale that quantifies sex drive, arousal, vaginal lubrication/penile erection, ability to reach orgasm, satisfaction from orgasm and a new item regarding

the experience of pain during sexual intercourse in the French version. This tool shows good internal consistency (.91) and test-retest reliability (clinic sample,  $r = .80$ ,  $p < .01$ ; control,  $r = .89$ ,  $p < .01$ ) that have been replicated in the French version (Bourassa & Brassard, 2011). The total score can range from 6 to 36, with higher score indicating more sexual dysfunctions. In the current study, the alpha coefficient was .76.

### **Data Analyses**

First, descriptive analyses were conducted to examine rates of CSA. Subsequently, group differences on self-capacities, sexual dysfunctions and sexual anxiety were assessed using analysis of variance (ANOVA). Correlations were conducted to assess the associations between the study variables and regression was performed to examine the role of CSA and self-capacities to predict sexual dysfunctions and anxiety. Finally, based on previous results, the main model was tested using path analysis, with CSA as the predictor, self-capacities (i.e., interpersonal conflicts and identity impairment), as the hypothesized mediators and sexual dysfunctions and sexual anxiety as the outcome variables. Path analysis is a statistical method that allows testing both direct and indirect relationships among different variables that may be correlated (Kline, 2011). Descriptive statistics were computed using SPSS 22 and path analyses were conducted using Mplus, version 7 (Muthén, & Muthén, 1998-2012). Mplus accounts for missing data using the full information maximum likelihood estimation (Muthén, & Muthén, 1998-2012). The present study used a cross-sectional design and the causal order of the entry/sequence of variables was determined based on theoretical grounds (e.g., Self-Trauma Model) and historical bases (e.g., CSA was experienced before self-capacities has developed and current sexual dysfunctions and sexual anxiety). Often adopted in trauma literature (e.g., Briere et al., 2010; Godbout et al., 2009) this theoretically grounded analytic strategy is also a routine statistical recommendation (Byrne, 2013).

The following indices were used to assess the overall model fit: the chi-square statistic, the comparative fit index (CFI; Bentler, 1990), the normed fit index (NFI; Bentler & Bonnett, 1980), and the root mean square error of approximation (RMSEA; Steiger, 1990). A nonstatistically significant chi-square value, a CFI and NFI value of .90 or higher and, a RMSEA value below .06 are indicators of good fit (Hu & Bentler, 1999). Since chi-square tests are sensitive to sample size (Kline, 2011), we also used the ratio of chi-square to degrees of freedom ( $\chi^2/df$ ). Values less than 5 indicate a satisfactory fit but a more severe cut-off value of 3 is ideal (Ullman, 2001).

## Results

### Descriptive statistics

The prevalence rate for women in the current sample was 19.4% and 11.1% for men. The average age at first sexual assault was 10.3 years for women ( $SD = 4.79$ , range = 4 to 17 years) and 11 years for men ( $SD = 4.36$ , range = 6 to 16 years). A total of 78% ( $n = 42$ ) reported touching, 24% ( $n = 13$ ) reported oral sex, 44% ( $n = 24$ ) reported vaginal or anal penetration. Regarding the relation with the abuser, 9% ( $n = 5$ ) reported abuse by their father figure, 28% ( $n = 15$ ) a member of family, while 32% ( $n = 17$ ) reported abuse by a friend of the family, a neighbor or acquaintance. An ANOVA was conducted to compare self-capacities, sexual dysfunctions and sexual anxiety between participants reporting CSA and the ones who did not (see Table 1). Results yielded different levels of sexual dysfunctions and more altered self-capacities in CSA survivors as compared to people without CSA.



Table 1.  
*Means and Standard Deviations of Self-Capacities and Psychosexual Variables in  
 Function of CSA or No CSA*

Variables	Childhood Sexual Abuse		No Childhood Sexual Abuse		F
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	
IASC_IC	19.19	5.99	16.35	4.61	14.82***
IASC_ID	16.07	8.81	14.10	5.97	3.97*
IASC_AC	18.41	9.37	15.60	7.07	6.10**
IASC_II	18.28	8.34	15.48	6.41	7.44**
IASC_SI	14.69	6.83	12.76	4.82	5.95*
IASC_AD	17.58	7.76	14.57	5.90	9.99**
IASC_TRA	14.30	5.65	11.91	3.49	15.88***
Sexual Anxiety	5.23	4.54	5.11	4.64	.03 <sup>ns</sup>
ASEX_total	15.10	3.63	16.49	4.69	.3.94*

*Note:* IASC\_IC = Interpersonal Conflicts; IASC\_ID = Idealization-Disillusionment; IASC\_AC = Abandonment Concerns; IASC\_II = Identity Impairment; IASC\_SI = Susceptibility to Influence; IASC\_AD = Affect Dysregulation; IASC\_TRA = Tension Reduction Activities; ASEX\_total = Sexual Dysfunctions.

\*  $p \leq .05$ . \*\*  $p \leq .01$ . \*\*\*  $p \leq .001$ .

Correlations among variables are presented in Table 2. As expected, significant relations were observed between CSA, all of the seven self-capacities scales and sexual dysfunctions. In contrast to our hypotheses, the relation between CSA and sexual anxiety was non-significant, although sexual anxiety was, as expected, related to the seven scales of the self-capacities. Hierarchical regression analyses were conducted to verify the predictive value of CSA and each of the seven self-capacities scale. Two separate hierarchical regression analyses were performed for each of the dependent variable (e.g., sexual dysfunctions and sexual anxiety). For both, CSA was entered at Step 1. At step 2, stepwise method was used to explore whether the seven self-capacities scales would relate differently to the dependent variable. Table 3 shows the summary of the standardized coefficients from hierarchical regression analyses of CSA and self-capacities on both dependent variables. Results showed that none of the affect dysregulation scale predicted psychosexual adjustment, explaining why it is no longer integrated in further analysis and only significant predictors were retained in the presented table.



Table 2.  
Means, Standard Deviations, and Correlations Among Variables Modeled in  
Structural Equation Modeling

	M	SD	1	2	3	4	5	6	7.	8.	9.
1. CSA <sup>a</sup>	.18	.38	1								
2. IASC_IC	16.87	5.01	.22**	1							
3. IASC_ID	14.46	6.61	.12*	.59**	1						
4. IASC_AC	16.12	7.60	.14*	.61**	.70**	1					
5. IASC_II	15.99	6.88	.16**	.52**	.55**	.66**	1				
6. IASC_SI	13.11	5.29	.14*	.50**	.58**	.62**	.75**	1			
7. IASC_AD	15.12	6.37	.18**	.68**	.51**	.65**	.63**	.62**	1		
8. IASC_TRA	12.35	4.07	.23**	.52**	.62**	.63**	.60**	.65**	.68**	1	
9. ASEX_total	16.23	4.54	-.12*	.17**	.09	.12*	.13*	.12*	.12*	.02	1
10. Sexual Anxiety	5.13	4.61	.01	.36**	.31**	.28**	.36**	.34**	.32**	.33**	.18**

Note: CSA = Childhood Sexual Abuse; IASC\_IC = Interpersonal Conflicts; IASC\_ID = Idealization-Disillusionment; IASC\_AC = Abandonment Concerns; IASC\_II = Identity Impairment; IASC\_SI = Susceptibility to Influence; IASC\_AD = Affect Dysregulation; IASC\_TRA = Tension Reduction Activities; ASEX\_total = Sexual Dysfunctions.

\*  $p \leq .05$ . \*\*  $p \leq .01$ . \*\*\*  $p \leq .001$ .

<sup>a</sup> CSA is a dichotomous variable.

### Integrative Model

We tested an integrative model examining the role of altered interpersonal conflicts, and identity impairment in the relation between CSA and psychosexual adjustment in adulthood. Path analysis supported the hypothesis that experiencing childhood sexual abuse might conduct to altered self-capacities, more specifically, to a more impaired identity and to greater interpersonal conflicts. In turn, these altered self-capacities are associated to elevated sexual anxiety and sexual dysfunctions. Overall, the proposed model fitted the data relatively well, NFI = .99, CFI = .99, RMSEA = .05, CI [.00, .17],  $X^2 [1] = 1.78$ ,  $p = .18$ , Ratio  $X^2 / df = 1.78$ .

Table 3.  
*Hierarchical Regression Analyses to Predict Psychosexual Adjustment*

Outcome variable	Sexual Anxiety			Sexual Dysfunctions		
	$\Delta R^2$	$\beta$	s-r	$\Delta R^2$	$\beta$	s-r
Step 1	.00			.01*		
CSA <sup>a</sup>		-.00	-.00		-.12*	-.12
Step 2	.04***			.04*		
CSA <sup>a</sup>		-.08	-.08		-.16**	-.16
IASC_IC		.38***	.37		.20***	.20
IASC_II		.23**	.19	-	-	-

Note: s-r semi-partial correlations, IASC\_IC = Interpersonal Conflicts; IASC\_II = Identity Impairment

<sup>a</sup> CSA is a dichotomous variable.

\*  $p \leq .05$ . \*\*  $p \leq .01$ . \*\*\*  $p \leq .001$ .

However, in line with the principle of parsimony, the nonsignificant multivariate association between identity impairment and sexual dysfunctions ( $\beta = .04$ ; *ns*) was removed. The adjusted model provided a very good fit to the data: NFI = .99, CFI = 1.00, RMSEA = .03, CI [.00, .12],  $X^2 [2] = 2.38$ ,  $p = .31$ , Ratio  $X^2/df = 1.19$ . The final model shows that CSA was positively and significantly associated to both interpersonal conflicts and identity impairment. In turn, interpersonal conflicts predicted more sexual dysfunctions and sexual anxiety and identity impairment predicted higher sexual anxiety. Finally, despite taking into account interpersonal conflicts and identity impairment, the relationship between CSA and sexual dysfunctions remained significant, indicating direct contribution too. As expected, covariance between the self-capacities (e.g., interpersonal conflicts and identity impairment) was significant ( $r = .50***$ ). We used the bootstrap confidence intervals method to examine the magnitude and significance of the indirect effects (Shrout & Bolger, 2002). In this study, the results showed that the indirect effects through interpersonal conflicts on sexual dysfunctions ( $b = .51$ , 95% CI .20 to 1.01) and sexual anxiety ( $b = .64$ , 95% CI .30 to 1.13) are significant. Also, the indirect effect

through identity impairment on sexual anxiety ( $b = .64$ , 95% CI .15 to .89) is significant. Overall, the final model explained 17% of the variance for sexual anxiety and 5% for the sexual dysfunctions. Standardized coefficients are presented in Figure 1. Also, CSA accounted for 4.8% of the variance in interpersonal conflicts and 2.5% in identity impairment.

Given the surprising associations between CSA and diminished sexual dysfunction, we controlled for socio-demographic variables that might explain this link, such as the age at first consensual sexual intercourse, number of sexual partners and the length of the relation, as exposure to non-traumatic sexuality might affect the link between CSA and sexual adjustment. Only the number of sexual partners was related, negatively, to the amount of sexual dysfunctions ( $r = -.18$ ,  $p = .002$ ). We run a SEM adding the number of sexual partners in the model. Results of a well-fitting model (NFI = .99, CFI = 1.00, RMSEA = .00, CI [.00, .06],  $\chi^2 [5] = 2.65$ ,  $p = .75$ , Ratio  $\chi^2 / df = 1.88$ ) indicated that CSA was linked to more sexual partner ( $\beta = .17$ ;  $p = .00$ ), which in turn led to less sexual dysfunctions. The weigh between CSA and sexual dysfunctions decreased but remained significant ( $\beta = -.12$ ;  $p = .04$ ). This result suggests a partial mediation of the relation between CSA and sexual dysfunction through the numbers of sex partners.

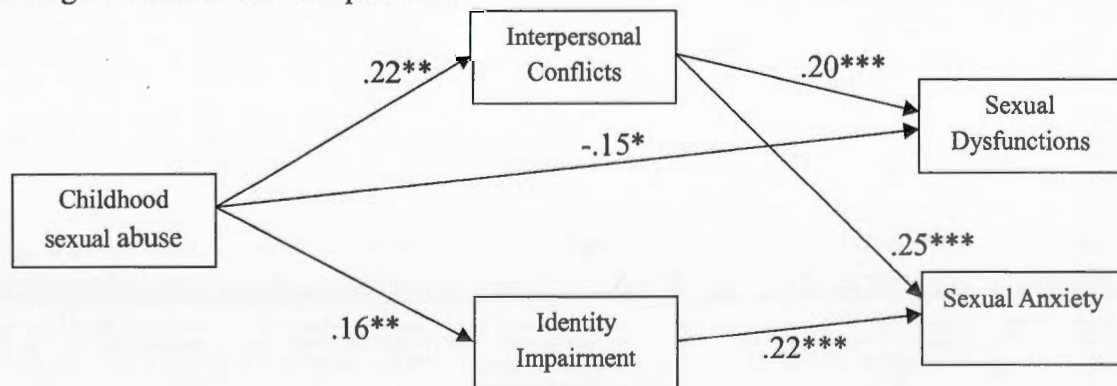


Figure 1. Role of Self-Capacities in the relation between CSA and psychosexual adjustment: Results of path analysis. \* $p \leq .05$ . \*\* $p \leq .01$ . \*\*\* $p \leq .001$

## Discussion

Although research examining the deleterious effects of CSA on later functioning is prolific, little is known on the mechanisms of these impacts. Within this study, three hypotheses were tested: (1) CSA would predict greater alterations in self-capacities (i.e., identity and interpersonal relatedness), (2) CSA would be associated to more sexual dysfunctions and increased sexual anxiety in adulthood, and (3) alterations in self-capacities would mediate the relationship between childhood sexual abuse and psychosexual adjustment (i.e., sexual dysfunctions and sexual anxiety).

Regarding our first hypothesis that CSA predicts altered self-capacities, our results confirmed that CSA is linked to all of the seven self-capacities scales which is consistent with Allen's findings (2011) but contrary to Briere and Rickards's finding (2007) suggesting that CSA was not predictive of Interpersonal Conflicts and Identity Impairment (Briere & Rickards, 2007). These discrepancies among results may be explained by the variations within the samples. Specifically, Briere and Rickards sample was mainly consisted of male (57.8%) and the mean age was 49.7 years ( $SD = 15.4$ ) while our sample was consisted in majority of women on average 20 years younger.

A review of the empirical literature on women functioning revealed that women who experienced CSA frequently encounter interpersonal difficulties, such as problems with intimacy (Leonard & Follette, 2002). Moreover, women with a history of CSA have greater tendency to avoid interpersonal closeness and avoid emotional involvement in comparison to women without CSA. This combination of sexual abuse and avoidance tendencies was found to explain lower orgasm function (Staples, Rellini, & Roberts, 2012). Results of DiLillo and his colleagues (2007) support these gender differences stating that women but not men who experienced any type of

maltreatment endorse higher levels of relationships difficulties compared to non-victims. In regards to identity impairment, it seems that women who experienced CSA compared to women without CSA report more negative sexual schemas (i.e., Embarrassed/Conservative that may involve sense of self) that could possibly impact psychosexual realm (Rellini & Meston, 2011).

In contrast to what we expect for our second hypothesis, CSA does not lead to more sexual anxiety neither to more sexual dysfunctions. Rather, CSA was unrelated to sexual anxiety. Also, findings suggest that CSA does not increase sexual dysfunctions. This result might support that CSA survivors tend to adopt dysfunctional strategies such as existential avoidance or dissociation to deal with experiences that trigger memories of the abuse, and thus, become unaware of any sexual difficulties or, minimize them (Pearlman & Courtois, 2005).

To further explore this association between CSA and sexual dysfunctions, we controlled for the number of sexual partners and found that this variable was positively related to CSA and negatively related to sexual dysfunctions. A model integrating the effect of the number of partners indicated a partial mediation in which CSA survivors tend to report they had more sexual partners, and through this exposure, they tend to report less sexual dysfunctions. Hence, we could suggest that being exposed to sexual partners, probably in non-abusive contexts, could have some healing effects. Further studies are clearly needed to examine the nature of this relation, and the relational context that might be positive for CSA survivors. For example, involvement with safe loving partners might promote sexual health, while involvement with numerous dysfunctional or abusive partners might lead to sexual anxiety and dysfunctions. Path analysis revealed very promising results that have not been identified in the literature so far. Specifically, results highlighted both direct and indirect contribution of CSA through altered self-capacities. The direct effect from CSA to sexual dysfunctions remaining significant, suggests that CSA both directly



and indirectly relate to sexual dysfunctions through a greater propensity to engage in difficult relationships and to sexual anxiety through a lower sense of self as well as a greater difficult relationships. While there were some cues of the relevance of using self-capacities as mediators between CSA and psychosexual adjustment, it appears that they are not mediators at all. Expecting self-capacities (e.g., interpersonal conflicts and identity) to totally mediate the relationship between CSA and sexual anxiety and dysfunctions was maybe unrealistic assuming that henceforward, other potential mediators should be included in models. Yet, the persistence of the direct link in our model highlights the magnitude of the sexual trauma in childhood. It also put forward the importance of including intermediate variables since sexual dysfunctions may be affected by a myriad of factors, which in turn may be influenced by CSA.

The current findings suggest that CSA is associated to relatedness difficulties (i.e., interpersonal conflicts), but pinpoint that CSA survivors' tendency to engage into emotionally upsetting relationships plays a central role in the explanation of psychosexual difficulties. In other words, the indirect effect of CSA on psychosexual adjustment through more interpersonal problems might possibly underline the development of an insecure attachment following the traumatic experience. Alexander (1992) postulated that erroneous relational representations observed in CSA survivors are typical of insecurely attached adults and could underline the greater propensity of CSA survivors to experience interpersonal conflicts (Rumstein-McKean & Hunsley, 2001). Along with the results of Sprecher and Cate (2004), our findings suggests that interpersonal difficulties or emotionally upsetting relationships might also explain increased sexual anxiety and sexual dysfunctions, while stable and satisfactory relationships facilitate a sexuality free of anxiety and dysfunctions (Sprecher & Cate, 2004). The current findings also support that interpersonal representations modulate how people construe their sexual interactions (Feeney & Noller, 2004; Shaver & Mikulincer, 2006), yielding that individuals with more

interpersonal problems might experience more sexual dysfunctions, such as vaginismus, impaired orgasm or tension and discomfort with sex.

Along with the results of Zurbriggen and Freyd (2004), our finding suggests that a CSA history may lead to confusion in the ability to freely consent to sexual activity, communicate efficiently with intimate others or be associated to negative sexual memories that emerges in intimate relations, involving relatedness problems and sexual anxiety. Indeed, CSA might significantly compromise a child's development by (1) altering attachment dynamics and (2) generating internal distress expressed through impaired self-capacities (Briere, 1996) which consists of the basis upon which an individual develops his knowledge of self, others and the world.

Results of integrative model suggest that CSA impacts indirectly sexual anxiety through an impaired sense of self. Previous studies indicated that CSA might alter the development of a stable sense of self and CSA might impede the acquisition of internal tools that are needed to react efficiently when experiencing emotional distress (Briere & Elliott, 1994). As a consequence, CSA survivors may fail to understand or relate to others regardless of their needs, and be unable to recognize or experience their own internal states (Elliott, 1994). In turn, these difficulties could lead to a myriad of concerns persisting or emerging in adulthood, perhaps especially in intimate encounters such as the sexual sphere. In agreement with Finkelhor and Browne (1985) stigmatization dynamic, our findings confirm that CSA survivors might develop a poorer sense of self through a perception of being soiled or different and expecting that others will reject them if they get to know them (Finkelhor & Browne, 1985). This study suggest that CSA survivors' sense of self, including the cognitive representations of the self's sexual aspects and sexual relationships (Putnam, 1990), produces sexual anxiety. They are also paralleling the findings of Meston (2006), suggesting that CSA survivors report higher negative sexual affect during sexual arousal. At the same time, the powerlessness dynamic (Finkelhor &

Browne, 1985) may explain the extent to which CSA survivors can experience sexual anxiety, as research data indicated that fear and anxiety arousal could be specifically oriented toward the sexual realm, provoking tension, discomfort and anxiety when thinking of sexual aspects of one's life (Snell et al., 1993).

### **Strengths and Limitations**

The findings of this study are consistent with past literature but add to previous research being one of the first to use the self-capacities to understand the impacts of CSA. Most importantly, to our knowledge, this study is the first to examine psychosexual adjustment of CSA survivors using the framework of self-capacities. Nevertheless, this study presents many limitations. First, results are explanatory and to ensure the generalization of our results, they should be replicated and tested in larger samples. Second, the cross-sectional, retrospective methodology of this study only allows the establishment of correlations between variables and precludes a formal conclusion of causal relationships of CSA leading to a poorer psychosexual functioning via impaired self-capacities. The specific order of causation between variables was determined based on theoretical grounds and should be confirmed through longitudinal design research.

Another limitation of this study is the use of self-reported measures. Retrospective self-reports of CSA may lead to some biases or distortions at the moment of recall. Finally, despite some interesting and relevant findings on the mechanisms by which CSA affects psychosexual adjustment, many other distal and proximal variables may account for more variance, including but not limited to other types of trauma (i.e., neglect, psychological abuse), attachment patterns (Roche et al., 1999), social support (Runtz & Schallow, 1997) or coping strategies (Bal, Van Oost, De Bourdeaudhuij, & Crombez, 2003). Future research should consider the inclusion of several types of child maltreatment and also examine whether there are different patterns of altered self-capacities to explain psychosexual adjustment in men and

women survivors. For this purpose, the recruitment of more men survivors of CSA as well as men non-victims would be necessary.

### **Clinical implications**

An important finding of this study is that CSA contributes directly and indirectly to more sexual anxiety and sexual dysfunctions via impaired self-capacities. Those results emphasize the importance of detailed assessment of childhood sexual victimization in patients who seek treatment for sexual difficulties, whether it's sexual dysfunctions (i.e., low sexual desire, arousal disorder, vaginismus/dyspareunia, impaired orgasm, erectile dysfunction) or any tension or discomfort about sexual aspects of one's life. With a better understanding of the role of psychological variables and trauma history in the development of sexual problems, clinicians could provide more effective treatment.

Moreover, therapists being aware that early abuse may led to the development of an insecure attachment (Alexander, 1992), they might pay particular attention to internal working models of individuals with a history of sexual trauma or presenting sexual difficulties. Addressing relational schemas could have significant healing effects on psychosexual adjustment, especially in trauma survivors. A treatment that combines attachment fears and needs as intervention targets such as *Emotion Focused Therapy* adapted for trauma survivors (EFT; MacIntosh & Johnson, 2008) and the "Therapeutic Window" (Briere, 1997), could be particularly well-suited to improve the sexual health of clients. Altogether, these two approaches promote a gradual intrapersonal exploration within a secure therapeutic relationship and the experience of lower level of avoidance, and thus, provide two major prerequisites to a successful healing in survivors of CSA.



### References

- Aaron, M. (2012). The Pathways of Problematic Sexual Behavior: A Literature Review of Factors Affecting Adult Sexual Behavior in Survivors of Childhood Sexual Abuse. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 19(3), 199-218. doi: 10.1080/10720162.2012.690678
- Alexander, P. C. (1992). Application of attachment theory to the study of sexual abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60(2), 185-195. doi: 10.1037/0022-006X.60.2.185
- Alexander, P. C. (1993). The Differential Effects of Abuse Characteristics and Attachment in the Prediction of Long-Term Effects of Sexual Abuse. *Journal of Interpersonal Violence*, 8(3), 346-362. doi: 10.1177/088626093008003004
- Allen, B. (2011). Childhood Psychological Abuse and Adult Aggression: The Mediating Role of Self-Capacities. *Journal of Interpersonal Violence*, 26(10), 2093-2110. doi: 10.1177/0886260510383035
- Arata, C. M., Langhinrichsen-Rohling, J., Bowers, D., & O'Farrill-Swails, L. (2005). Single versus Multi-Type Maltreatment. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 11(4), 29-52. doi: 10.1300/J146v11n04\_02
- Bal, S., Van Oost, P., De Bourdeaudhuij, I., & Crombez, G. (2003). Avoidant coping as a mediator between self-reported sexual abuse and stress-related symptoms in adolescents. *Child Abuse Negl*, 27(8), 883-897.
- Becker, J. V., Skinner, L. J., Abel, G. G., & Treacy, E. C. (1982). Incidence and types of sexual dysfunctions in rape and incest victims. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 8(1), 65-74. doi: 10.1080/00926238208405813
- Bentler, P. (1990). Comparative Fit Indices in Structural Models. *Psychological Bulletin*, 107, 38-246.
- Bentler, P. M., & Bonett, D. G. (1980). Significance tests and goodness of fit in the analysis of covariance structures. *Psychological Bulletin*, 88(3), 588-606. doi: 10.1037/0033-2909.88.3.588



- Berliner, L., & Elliott, D. M. (1996). Sexual Abuse of Children. In J. Briere, L. Berliner, J. A. Bulkley, C. Jenny & T. Reid (Eds.), *The APSAC handbook on child maltreatment* (pp. 51-71). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Blain, L. M., Muench, F., Morgenstern, J., & Parsons, J. T. (2012). Exploring the role of child sexual abuse and posttraumatic stress disorder symptoms in gay and bisexual men reporting compulsive sexual behavior. *Child Abuse & Neglect*, 36(5), 413-422. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.chiabu.2012.03.003>
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss. 1. Attachment*. New York Basic Books.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and Loss: Separation: anxiety and anger*. New York Basic Books.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and Loss. Loss* (Vol. 3). New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1982). *Attachment and Loss: vol 1. Attachment* (2nd ed.): Basic Books.
- Brennan, K. A., & Shaver, P. R. (1995). Dimensions of Adult Attachment, Affect Regulation, and Romantic Relationship Functioning. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 21(3), 267-283. doi: 10.1177/0146167295213008
- Briere, J. (1996). A Self-Trauma Model for Treating Adult Survivors of Severe Child Abuse. In J. Briere, L. Berliner, J. A. Bulkley, C. Jenny & T. Reid (Eds.), *The APSAC handbook on child maltreatment* (pp. 449). United States Sage Publications.
- Briere, J. (1997). Treating adults severely abused as children: The self-trauma model. In D. A. Wolfe, R. J. McMahon & R. D. Peters (Eds.), *Child abuse: New directions in prevention and treatment across the lifespan* (pp. 177-204). Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications, Inc.
- Briere, J. (2002). Treating adult survivors of severe childhood abuse and neglect: Further development of an integrative model. In J.E.B. Myers, L. Berliner, J. Briere, C.T. Hendrix, T. Reid & C. Jenny (Eds.), *The APSAC Handbook on Child Maltreatment* (2nd ed.). Newbury Park, CA: SAGE Publications.
- Briere, J., & Elliott, D. M. (1994). Immediate and Long-Term Impacts of Child Sexual Abuse. *The Future of Children*, 4(2), 54-69. doi: 10.2307/1602523

- Briere, J., Hodges, M., & Godbout, N. (2010). Traumatic stress, affect dysregulation, and dysfunctional avoidance: A structural equation model. *Journal of Traumatic Stress, 23*(6), 767-774. doi: 10.1002/jts.20578
- Briere, J., & Rickards, S. (2007). Self-awareness, affect regulation, and relatedness: differential sequels of childhood versus adult victimization experiences. *J Nerv Ment Dis, 195*(6), 497-503. doi: 10.1097/NMD.0b013e31803044e2
- Briere, J., & Runtz, M. (1990). Differential adult symptomatology associated with three types of child abuse histories. *Child Abuse & Neglect, 14*(3), 357-364. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/0145-2134\(90\)90007-G](http://dx.doi.org/10.1016/0145-2134(90)90007-G)
- Briere, J., & Runtz, M. (2002). The Inventory of Altered Self-Capacities (IASC): A Standardized Measure of Identity, Affect Regulation, and Relationship Disturbance. *Assessment, 9*(3), 230-239. doi: 10.1177/1073191102009003002
- Briere, J., & Scott, C. (2006). *Principles of Trauma Therapy: A Guide to Symptoms, Evaluation, and Treatment*: SAGE Publications.
- Byrne, B. M. (2013). *Structural Equation Modeling With AMOS: Basic Concepts, Applications, and Programming, Second Edition*: Taylor & Francis.
- Cloitre, M., Stolbach, B. C., Herman, J. L., van der Kolk, B., Pynoos, R., Wang, J., & Petkova, E. (2009). A developmental approach to complex PTSD: childhood and adult cumulative trauma as predictors of symptom complexity. *J Trauma Stress, 22*(5), 399-408. doi: 10.1002/jts.20444
- Cole, P. M., & Putnam, F. W. (1992). Effect of incest on self and social functioning: A developmental psychopathology perspective. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60*(2), 174-184. doi: 10.1037/0022-006X.60.2.174
- Collins, N. L., & Read, S. J. (1990). Adult attachment, working models, and relationship quality in dating couples. *Journal of Personality and Social Psychology, 58*(4), 644-663. doi: 10.1037/0022-3514.58.4.644
- Colman, R. A., & Widom, C. S. (2004). Childhood abuse and neglect and adult intimate relationships: a prospective study. *Child Abuse & Neglect, 28*(11), 1133-1151. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.chiabu.2004.02.005>

- Davis, J., Petretic-Jackson, P., & Ting, L. (2001). Intimacy Dysfunction and Trauma Symptomatology: Long-Term Correlates of Different Types of Child Abuse. *Journal of Traumatic Stress, 14*(1), 63-79. doi: 10.1023/A:1007835531614
- Davis, J. L., & Petretic-Jackson, P. A. (2000). The impact of child sexual abuse on adult interpersonal functioning: A review and synthesis of the empirical literature. *Aggression and Violent Behavior, 5*(3), 291-328. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S1359-1789\(99\)00010-5](http://dx.doi.org/10.1016/S1359-1789(99)00010-5)
- Dietrich, A. (2007). Childhood maltreatment and revictimization: the role of affect dysregulation, interpersonal relatedness difficulties and posttraumatic stress disorder. *Journal Of Trauma & Dissociation: The Official Journal Of The International Society For The Study Of Dissociation (ISSD), 8*(4), 25-51.
- DiLillo, D. (2001). Interpersonal functioning among women reporting a history of childhood sexual abuse: Empirical findings and methodological issues. *Clinical Psychology Review, 21*(4), 553-576. doi: 10.1016/S0272-7358(99)00072-0
- DiLillo, D., Lewis, T., & Loreto-Colgan, A. D. (2007). Child Maltreatment History and Subsequent Romantic Relationships. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma, 15*(1), 19-36. doi: 10.1300/J146v15n01\_02
- DiLillo, D., & Long, P. J. (1999). Perceptions of couple functioning among female survivors of child sexual abuse. *Journal of Child Sexual Abuse: Research, Treatment, & Program Innovations for Victims, Survivors, & Offenders, 7*(4), 59-76. doi: 10.1300/J070v07n04\_05
- Elliott, D. M. (1994). Impaired object relations in professional women molested as children. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 31*(1), 79-86. doi: 10.1037/0033-3204.31.1.79
- Feeney, & Noller, P. (1990). Attachment style as a predictor of adult romantic relationships. *Journal of Personality and Social Psychology, 58*(2), 281-291. doi: 10.1037/0022-3514.58.2.281

- Feeney, & Noller, P. (2004). Attachment and sexuality in close relationships. In J. H. Harvey, A. Wenzel & S. Sprecher (Eds.), *The Handbook of Sexuality in Close Relationships* (pp. 183-201). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Finkelhor, D., & Browne, A. (1985). The traumatic impact of child sexual abuse: A conceptualization. *American Journal of Orthopsychiatry*, 55(4), 530-541. doi: 10.1111/j.1939-0025.1985.tb02703.x
- Fruzzetti, A. E., Shenk, C., & Hoffman, P. D. (2005). Family interaction and the development of borderline personality disorder: a transactional model. *Dev Psychopathol*, 17(4), 1007-1030.
- Godbout, N., Dutton, D. G., Lussier, Y., & Sabourin, S. (2009). Early exposure to violence, domestic violence, attachment representations, and marital adjustment. *Personal Relationships*, 16(3), 365-384. doi: 10.1111/j.1475-6811.2009.01228.x
- Godbout, N., Lussier, Y., & Sabourin, S. (2006). Early Abuse Experiences and Subsequent Gender Differences in Couple Adjustment. *Violence and Victims*, 21(6), 744-760. doi: 10.1891/vv-v21i6a005
- Haft, W. L., & Slade, A. (1989). Affect Attunement and Maternal Attachment: A Pilot Study. *Infant Mental Health Journal*, 10(3), 157-172. doi: 10.1002/1097-0355(198923)10:3<157::AID-IMHJ2280100304>3.0.CO;2-3
- Hamilton, N. G. (1988). *Self and Others: Object Relations Theory in Practice*: Jason Aronson, Incorporated.
- Hazan, C., & Shaver, P. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(3), 511-524. doi: 10.1037/0022-3514.52.3.511
- Hébert, M., Tourigny, M., Cyr, M., McDuff, P., & Joly, J. (2009). Prevalence of childhood sexual abuse and timing of disclosure in a representative sample of adults from Quebec. *The Canadian Journal of Psychiatry / La Revue canadienne de psychiatrie*, 54(9), 631-636.

- Hu, L. t., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 6(1), 1-55. doi: 10.1080/10705519909540118
- Hunter, J. A. (1991). A Comparison of the Psychosocial Maladjustment of Adult Males and Females Sexually Molested as Children. *Journal of Interpersonal Violence*, 6(2), 205-217. doi: 10.1177/088626091006002005
- Jehu, D. (1989). Sexual dysfunctions among women clients who were sexually abused in childhood. *Behavioural Psychotherapy*, 17(1), 53-70. doi: 10.1017/S0141347300015639
- Jehu, D., Gazan, M., & Klassen, C. (1988). *Beyond sexual abuse: Therapy with women who were childhood victims*. Oxford, England: John Wiley & Sons.
- Kline, R. B. (2011). *Principles and Practice of Structural Equation Modeling*: Guilford Press.
- Kohut, H. (1977). *The Restoration of the Self*. New York International Universities Press.
- Leclerc, B., Bergeron, S., Binik, Y. M., & Khalifé, S. (2010). History of sexual and physical abuse in women with dyspareunia: Association with pain, psychosocial adjustment, and sexual functioning. *Journal of Sexual Medicine*, 7(2, Pt 2), 971-980. doi: 10.1111/j.1743-6109.2009.01581.x
- Leonard, L. M., Iverson, K. M., & Follette, V. M. (2008). Sexual Functioning and Sexual Satisfaction Among Women Who Report a History of Childhood and/or Adolescent Sexual Abuse. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 34(5), 375-384. doi: 10.1080/00926230802156202
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York, NY, US: Guilford Press.
- Luo, Y., Parish, W. L., & Laumann, E. O. (2008). A population-based study of childhood sexual contact in China: Prevalence and long-term consequences. *Child Abuse & Neglect*, 32(7), 721-731. doi: 10.1016/j.chiabu.2007.10.005



- MacIntosh, H. B., & Johnson, S. (2008). Emotionally Focused Therapy for Couples and Childhood Sexual Abuse Survivors. *Journal of Marital and Family Therapy*, 34(3), 298-315. doi: 10.1111/j.1752-0606.2008.00074.x
- McCann, I. L., & Pearlman, L. A. (1990). *Psychological Trauma and the Adult Survivor: Theory, Therapy, and Transformation*: Brunner/Mazel.
- McGahuey, C. A., Gelenberg, A. J., Laukes, C. A., Moreno, F. A., Delgado, P. L., McKnight, K. M., & Manber, R. (2000). The Arizona Sexual Experience Scale (ASEX): Reliability and validity. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 26(1), 25-40. doi: 10.1080/009262300278623
- Merrill, L. L., Guimond, J. M., Thomsen, C. J., & Milner, J. S. (2003). Child Sexual Abuse and Number of Sexual Partners in Young Women: The Role of Abuse Severity, Coping Style, and Sexual Functioning. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(6), 987-996. doi: 10.1037/0022-006X.71.6.987
- Messman-Moore, T. L., Walsh, K. L., & DiLillo, D. (2010). Emotion dysregulation and risky sexual behavior in revictimization. *Child Abuse & Neglect*, 34(12), 967-976. doi: 10.1016/j.chiabu.2010.06.004
- Meston, C. M., Rellini, A. H., & Heiman, J. R. (2006). Women's history of sexual abuse, their sexuality, and sexual self-schemas. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(2), 229-236. doi: 10.1037/0022-006X.74.2.229
- Mullen, P. E., Martin, J. L., Anderson, J. C., Romans, S. E., & Herbison, G. P. (1994). The effect of child sexual abuse on social, interpersonal and sexual function in adult life. *The British Journal of Psychiatry*, 165(1), 35-47. doi: 10.1192/bjp.165.1.35
- Muthén, L. K., & Muthén, B. O. (1998-2012). *Mplus User's Guide*. Seventh Edition. Los Angeles, CA: Muthén & Muthén
- Najman, J. M., Dunne, M. P., Purdie, D. M., Boyle, F. M., & Coxeter, P. D. (2005). Sexual Abuse in Childhood and Sexual Dysfunction in Adulthood: An Australian Population-Based Study. *Archives of Sexual Behavior*, 34(5), 517-526. doi: 10.1007/s10508-005-6277-6

- Noll, J. G., Trickett, P. K., & Putnam, F. W. (2003). A prospective investigation of the impact of childhood sexual abuse on the development of sexuality. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*(3), 575-586. doi: 10.1037/0022-006X.71.3.575
- Palesh, O. G., Classen, C. C., Field, N., Kraemer, H. C., & Spiegel, D. (2007). The relationship of child maltreatment and self-capacities with distress when telling one's story of childhood sexual abuse. *Journal of Child Sexual Abuse: Research, Treatment, & Program Innovations for Victims, Survivors, & Offenders, 16*(4), 63-80. doi: 10.1300/J070v16n04\_04
- Pearlman, L. A., & Courtois, C. A. (2005). Clinical applications of the attachment framework: Relational treatment of complex trauma. *Journal of Traumatic Stress, 18*(5), 449-459. doi: 10.1002/jts.20052
- Pereda, N., Guilera, G., Forns, M., & Gomez-Benito, J. (2009). The international epidemiology of child sexual abuse: a continuation of Finkelhor (1994). *Child Abuse Negl, 33*(6), 331-342. doi: 10.1016/j.chiabu.2008.07.007
- Polusny, M. A., & Follette, V. M. (1995). Long-term correlates of child sexual abuse: Theory and review of the empirical literature. *Applied and Preventive Psychology, 4*(3), 143-166. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0962-1849\(05\)80055-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0962-1849(05)80055-1)
- Putnam, F. W. (1990). Disturbances of "self" in victims of childhood sexual abuse. In R. P. Kluft (Ed.), *Incest-related Syndromes of Adult Psychopathology* (pp. 113-131). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Putnam, F. W. (2003). Ten-Year Research Update Review: Child Sexual Abuse. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 42*(3), 269-278. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/00004583-200303000-00006>
- Rellini, A., & Meston, C. (2011). Sexual Self-Schemas, Sexual Dysfunction, and the Sexual Responses of Women with a History of Childhood Sexual Abuse. *Archives of Sexual Behavior, 40*(2), 351-362. doi: 10.1007/s10508-010-9694-

- Roche, D. N., Runtz, M. G., & Hunter, M. A. (1999). Adult attachment: A mediator between child sexual abuse and later psychological adjustment. *Journal of Interpersonal Violence, 14*(2), 184-207. doi: 10.1177/088626099014002006
- Rumstein-McKean, O., & Hunsley, J. (2001). Interpersonal and family functioning of female survivors of childhood sexual abuse. *Clinical Psychology Review, 21*(3), 471-490. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0272-7358\(99\)00069-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0272-7358(99)00069-0)
- Runtz, M. G., & Schallow, J. R. (1997). Social support and coping strategies as mediators of adult adjustment following childhood maltreatment. *Child Abuse & Neglect, 21*(2), 211-226. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0145-2134\(96\)00147-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0145-2134(96)00147-0)
- Sansone, R. A., Muennich, E., Barnes, J., & Wiederman, M. W. (2009). Childhood trauma and sexual behavior in adulthood among internal medicine outpatients. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice, 13*(4), 341-344. doi: 10.3109/13651500903145021
- Schloretdt, K. A., & Heiman, J. R. (2003). Perceptions of sexuality as related to sexual functioning and sexual risk in women with different types of childhood abuse histories. *Journal of Traumatic Stress, 16*(3), 275-284. doi: 10.1023/A:1023752225535
- Shaver, P. R., & Mikulincer, M. (2006). A behavioral systems approach to romantic love relationships: Attachment, caregiving, and sex. In R. J. Sternberg & K. Weis (Eds.), *The New Psychology of Love*. New York: Yale University Press.
- Shrout, P. E., & Bolger, N. (2002). Mediation in experimental and nonexperimental studies: new procedures and recommendations. *Psychol Methods, 7*(4), 422-445.
- Simpson, J. A. (1990). Influence of attachment styles on romantic relationships. *Journal of Personality and Social Psychology, 59*(5), 971-980. doi: 10.1037/0022-3514.59.5.971

- Snell, W. E., Fisher, T. D., & Walters, A. S. (1993). The Multidimensional Sexuality Questionnaire: An objective self-report measure of psychological tendencies associated with human sexuality. *Annals of Sex Research*, 6(1), 27-55. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/BF00849744>
- Sprecher, S., & Cate, R. M. (2004). Sexual satisfaction and sexual expression as predictors of relationship satisfaction and stability. In J. H. Harvey, A. Wenzel & S. Sprecher (Eds.), *The Handbook of Sexuality in Close Relationships* (pp. 235-256). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Staples, J., Rellini, A. H., & Roberts, S. P. (2012). Avoiding experiences: sexual dysfunction in women with a history of sexual abuse in childhood and adolescence. *Arch Sex Behav*, 41(2), 341-350. doi: 10.1007/s10508-011-9773-x
- Steiger, J. H. (1990). Structural model evaluation and modification: An interval estimation approach. *Multivariate Behavioral Research*, 25(2), 173-180. doi: 10.1207/s15327906mbr2502\_4
- Stoltenborgh, M., van IJzendoorn, M. H., Euser, E. M., & Bakermans-Kranenburg, M. J. (2011). A Global Perspective on Child Sexual Abuse: Meta-Analysis of Prevalence Around the World. *Child Maltreatment*, 16(2), 79-101. doi: 10.1177/1077559511403920
- Tsai, M., Feldman-Summers, S., & Edgar, M. (1979). Childhood molestation: Variables related to differential impacts on psychosexual functioning in adult women. *Journal of Abnormal Psychology*, 88(4), 407-417. doi: 10.1037/0021-843X.88.4.407
- Ullman, S. E. (2001). In B. G. Tabachnick & L. S. Fidell (Eds.), *Using multivariate statistics* (4th ed., pp. 966). Needham Heights, Mass: Allyn and Bacon.
- van der Kolk, B. A., Pelcovitz, D., Roth, S., Mandel, F. S., & et al. (1996). Dissociation, somatization, and affect dysregulation: The complexity of adaption to trauma. *The American Journal of Psychiatry*, 153(Suppl), 83-93.
- Wenninger, K., & Heiman, J. R. (1998). Relating body image to psychological and sexual functioning in child sexual abuse survivors. *Journal of Traumatic Stress*, 11(3), 543-562. doi: 10.1023/A:1024408830159

Zurbriggen, E. L., & Freyd, J. J. (2004). The link between child sexual abuse and risky sexual behavior: The role of dissociative tendencies, information-processing effects, and consensual sex decision mechanisms. In L. J. Koenig, L. S. Doll, A. O. Leary & W. Pequegnat (Eds.), *From child sexual abuse to adult sexual risk: Trauma, revictimization, and intervention* (pp. 135-157). Washington, DC, US: American Psychological Association.



## CHAPITRE VI

### CONCLUSION

Le présent chapitre comporte trois sections. Premièrement, les principaux résultats de cette recherche sont discutés en comparaison aux résultats des études antérieures. Ensuite, les limites quant à la méthodologie de la recherche seront soulignées en plus des pistes de réflexion pertinentes à considérer pour les projets de recherche futurs dans le domaine de l'ASE. Enfin, les implications cliniques des résultats obtenus dans le cadre de cette recherche seront présentées en regard de l'intervention sexologique.

#### 6.1 Discussion des résultats et leur pertinence

L'objectif du présent mémoire était d'examiner les répercussions à long terme de l'ASE sur l'ajustement psychosexuel, via un modèle intégrateur des capacités du soi. L'apport de données empiriques et une meilleure compréhension des mécanismes susceptibles d'expliquer les effets de l'ASE sur l'ajustement psychosexuel à l'âge adulte via les capacités du soi sont nécessaires afin de bien saisir la problématique. La documentation scientifique disponible jusqu'à présent a permis d'illustrer les associations entre l'ASE et tout un éventail de symptômes psychologiques, y compris sexuels (Fergusson, McLeod, & Horwood, 2013; Godbout, Lussier, & Sabourin, 2006; Godbout, Dutton, Lussier, & Sabourin, 2009; Heiman & Heard-Davidson, 2004; Putnam, 2003; Roche, Runtz, & Hunter, 1999). Or, peu d'études se sont attardées exclusivement à cette sphère du fonctionnement adulte en dépit des données probantes qui révèlent pourtant que l'ASE entraîne une constellation spécifique de symptômes sexuels à l'âge adulte (Briere & Runtz, 1990; Sansone et al., 2009). Il est d'autant plus important de s'intéresser à l'ajustement psychosexuel des survivants d'ASE, car à la lumière des travaux de recherche consultés pour ce mémoire, il est possible de constater que les données empiriques sur le fonctionnement sexuel

précisément en lien avec l'ASE commencent à dater (Becker et al., 1986; Jackson et al., 1990; Jehu, 1988; LoPiccolo et Stock, 1986; Mackey et al., 1991; voir Davis & Petretic-Jackson, 2000 pour une recension). Cette constatation renvoie à la pertinence d'un projet de mémoire comme celui-ci et encourage la nécessité d'en conduire davantage afin de bonifier notre compréhension des répercussions de l'ASE sur l'ajustement psychosexuel. À ce point du mémoire, les résultats sont discutés en regard des hypothèses précédemment postulées.

D'une part, nos résultats permettent de confirmer notre première hypothèse. L'ASE prédit de façon significative davantage de capacités du soi altérées, notamment au niveau des conflits interpersonnels et de l'identité. Ces résultats étaient attendus selon les modèles conceptuels employés dans le cadre de ce mémoire, notamment les caractéristiques du contexte abusif de l'ASE qui entachent très tôt le développement de l'enfant. D'une part, sa conception de lui-même et des autres peut être teintée par ce qui a été intériorisé en contexte d'abus (Finkelhor & Browne, 1985) et d'autre part, ce même contexte tend à priver le survivant du développement normal de ses capacités affectives (Briere, 1996; 2002) impliquées dans la consolidation du sens identitaire et dans les processus interpersonnels (Pearlman & Courtois, 2005; Schore, 2003). Toutefois, nos résultats ne concordent pas avec ceux trouvés par Briere et Rickards (2007).

Ces derniers suggéraient plutôt que l'ASE n'était pas un prédicteur significatif des conflits interpersonnels et de l'échelle de l'identité. Cet écart entre les résultats peut s'expliquer par l'utilisation de différents instruments pour évaluer l'ASE ou encore, par des différences au niveau des caractéristiques de l'échantillon. Spécifiquement, l'échantillon de l'étude de 2007 est composé majoritairement d'hommes âgés en moyenne de presque 50 ans alors que l'échantillon du présent mémoire est constitué d'une majorité de femmes d'environ 20 ans plus jeunes. En examinant plus longuement ces distinctions, il est possible de rendre compte de leur plausibilité.

Des données empiriques tendent à rapporter que les femmes qui ont vécu une agression sexuelle à l'enfance vivent davantage de difficultés interpersonnelles (Rumstein-McKean & Hunsley 2001) notamment au niveau de l'intimité (Leonard & Follette, 2002). Il semble également que les femmes qui rapportent une ASE tendent davantage à éviter la proximité et l'engagement émotionnel (Staples, Rellini, & Roberts, 2012). En ce qui concerne l'échelle du sens identitaire, il semble que les survivantes d'ASE rapportent plus de schémas sexuels négatifs (Rellini & Meston, 2011) qui peuvent impliquer le sens même de l'identité d'un individu. Sans y être directement relié, une estime de soi négative découlant d'un contexte abusif peut nuire sérieusement au cours de la vie d'un individu, notamment en compromettant sa capacité à former des relations saines avec les autres (Pearlman & Courtois, 2005). Au-delà des explications énumérées pour tenter de comprendre les différences entre nos résultats et ceux de Briere et Rickards (2007), il reste que ces variations nous informent sur la sensibilité potentielle des capacités du soi aux caractéristiques de l'échantillon.

Puis, notre deuxième hypothèse voulant que l'ASE soit associée à plus de dysfonctions sexuelles et à davantage d'anxiété sexuelle n'a pas été confirmée. Au contraire, l'ASE n'est pas directement liée à l'anxiété sexuelle. Fait tout aussi surprenant, l'ASE ne semble pas mener à davantage de dysfonctions sexuelles, au contraire. Une explication plausible à cette relation serait l'adoption de stratégies d'évitement telles que la dissociation, chez les survivants d'ASE, qui leur éviterait de revivre tout affect possiblement lié au trauma en contexte sexuel (Briere, Hodges, & Godbout, 2010). Le recours à cette stratégie minimiserait ou détournerait leur attention des difficultés sexuelles réelles. En effet, ces mêmes auteurs stipulent que puisqu'elles altèrent les niveaux de conscience, distraient, anesthésient, génèrent des états incompatibles à la détresse ou repoussent temporairement des affects négatifs, ces stratégies visent à détourner l'attention de ce qui pourrait s'avérer menaçant (Briere & Scott, 2006).

De plus, nos résultats révèlent que l'ASE est associée à un plus grand nombre de partenaires sexuels qui en retour, semble mener à un meilleur fonctionnement sexuel (moins de dysfonctions sexuelles). Cette explication peut s'arrimer à des implications cliniques importantes relevant de la thérapie cognitive-comportementale, plus particulièrement à l'exposition. Dans le domaine du trauma, le recours à des techniques d'exposition est largement utilisé afin de réduire l'utilisation de comportements d'évitement tels que la dissociation (Zalta & Foa, 2012). Exposer graduellement un individu aux situations généralement évitées peut permettre une extinction graduelle de l'anxiété et favorise le traitement des émotions, lorsque ce travail est fait dans la « fenêtre thérapeutique » du patient (Briere, 2002), c'est-à-dire en adoptant une séquence graduelle efficace qui respecte le rythme et les capacités du patient.

Or, il est possible que l'exposition à un certain nombre de partenaires sexuels puisse fournir aux survivants d'ASE une certaine exposition « réparatrice » ayant pour effet d'atténuer les stimuli négatifs associés au contexte sexuel. Cette hypothèse est émise selon le principe que les structures de peur conditionnées par le contexte d'ASE peuvent être modifiées en fonction des nouvelles informations qui s'y incorporent et qui transforment ou créent de nouvelles représentations auxquelles l'individu a accès (Foa & Kozak, 1986). Ainsi, chez les survivants d'ASE, l'exposition à plusieurs partenaires sexuels, pourrait avoir eu un effet réparateur en ce sens où des expériences positives ou exemptes de danger ou de peur avec les partenaires sexuels ont pu générer de nouvelles associations et ainsi, modifier leur cadre de référence.

Une autre hypothèse serait que la relation demeure stable puisqu'il n'y a pas de conflit sur la question d'éviter la sexualité. Autrement dit, chaque partenaire trouverait son compte dans ce contexte et du coup, favoriserait la stabilité de la relation. Il est tout aussi important de mentionner que les caractéristiques de l'agression sexuelle (i.e., la sévérité, la chronicité, la relation avec l'abuseur)



pourraient être pertinentes à une meilleure compréhension de tels résultats. De plus, explorer la nature des relations sexuelles vécues par les participants serait tout aussi intéressante, par exemple, s'il s'agit d'une histoire d'un soir ou plutôt d'une relation amoureuse stable. Toutes ces suggestions sont des pistes de réflexions toutes plus justes les unes que les autres afin d'aiguiller l'interprétation des résultats qui émergent de ce mémoire.

Finalement, la troisième hypothèse suggérant que des capacités du soi altérées aient un effet médiateur sur la relation entre l'ASE et l'ajustement psychosexuel (i.e., dysfonctions sexuelle et anxiété sexuelle) est partiellement supportée. Toutefois, des résultats forts pertinents ont pu être trouvés. Malgré la prise en compte de toutes les variables dans le modèle final, le lien direct entre l'ASE et les dysfonctions sexuelles demeure statistiquement significatif. Autrement dit, la contribution de l'ASE se manifesterait à la fois via des effets directs et indirects pour expliquer l'ajustement psychosexuel. La persistance de ce lien direct peut présupposer l'influence d'autres variables qui ne sont pas prises en compte dans ce modèle, tel que l'attachement. Au niveau de la régulation émotionnelle, les analyses corrélationnelles ont révélé des associations statistiquement significatives entre l'ASE et une augmentation du niveau de capacités du soi altérées sur les trois dimensions (i.e., identité, connexion aux autres et régulation émotionnelle). Or, lors des analyses multivariées, aucune capacité du soi relevant de la régulation émotionnelle ne s'est avérée un déterminant significatif de l'ajustement psychosexuel.

En ce qui concerne les liens indirects, l'ASE est associée à davantage de conflits interpersonnels qui en retour, révèlent que la tendance à s'engager dans des relations conflictuelles joue un rôle majeur dans l'explication des difficultés d'ajustement psychosexuel. On peut aussi imaginer que l'effet indirect de l'ASE sur l'ajustement psychosexuel via des relations plus conflictuelles et émotionnellement difficiles sous-tend un attachement insécurisant (Alexander & Warner, 2003). En effet, il semble que



les survivants d'ASE rapportent plus fréquemment des représentations erronées des autres qui sont susceptibles d'expliquer leur propension à s'engager dans des relations généralement plus difficiles (Rumstein-McKean & Hunsley, 2001). La tendance des survivants d'ASE à vivre plus de conflits interpersonnels peut expliquer l'augmentation de l'anxiété sexuelle et des dysfonctions sexuelles, alors que les résultats de Sprecher et Cate (2004) suggèrent que des relations stables et satisfaisantes favorisent une sexualité plus positive.

Enfin, les résultats suggèrent que l'ASE contribue indirectement au niveau d'anxiété sexuelle via un sens plutôt faible de l'identité. Les résultats précédents rapportent que l'ASE peut nuire à l'acquisition d'outils internes nécessaires pour réagir en situation de détresse (Briere & Elliott, 1994). Conséquemment, les survivants d'ASE peuvent avoir une moins bonne capacité à reconnaître leurs propres états internes (Elliott, 1994) et ces limites peuvent, par la suite, entraîner une panoplie de préoccupations qui pourront affecter les sphères intime et sexuelle, par exemple des schémas sexuels négatifs (Rellini & Meston, 2011) ou un manque de connaissances de ses besoins et désirs personnels au plan sexuel. Les résultats de ce mémoire suggèrent que les difficultés des survivants d'ASE dans la façon de se percevoir, spécialement au niveau de la représentation qu'ils ont des aspects sexuels de leur identité et des relations sexuelles (Putnam, 1990), peuvent contribuer à leur anxiété sexuelle. Ces résultats font un parallèle avec ceux de Meston et collègues (2006) qui suggèrent que les survivants d'ASE rapportent plus souvent des affects négatifs durant la période d'excitation sexuelle. Simultanément, la dynamique d'impuissance contribue à expliquer la mesure dans laquelle les survivants d'ASE sont sujets à ressentir plus d'anxiété sexuelle. Les craintes et l'anxiété peuvent être dirigées vers la sphère sexuelle en provoquant entre autres une tension et un inconfort seulement en pensant aux aspects sexuels qui font partie de sa vie (Snell et al., 1993).

## 6.2 Limites méthodologiques et pistes de recherches futures

Les résultats qui émergent de cette étude concordent avec la documentation scientifique antérieure en plus d'y ajouter une contribution. Effectivement, ce projet de recherche est l'un des premiers à utiliser le cadre conceptuel des capacités du soi (Briere & Runtz, 2002) pour expliquer les impacts de l'ASE. De façon plus importante encore, à notre connaissance, ce mémoire est la première tentative d'examiner l'ajustement psychosexuel des survivants d'ASE à travers la lentille des capacités du soi. De plus, le processus rigoureux de traduction de la version originale de l'Inventaire des capacités du soi de Briere (2002) ainsi que son utilisation dans le cadre de la présente étude fournissent des données préliminaires de validation de l'outil auprès d'une population francophone.

Néanmoins, cette étude comporte aussi des limites au plan méthodologique. D'abord, les résultats sont de nature exploratoire. Pour être en mesure de généraliser nos résultats, il faudrait les répliquer et les tester dans des échantillons plus grands. Ensuite, l'utilisation d'une mesure rétrospective de l'ASE est susceptible d'entraîner des distorsions dans le rappel des événements. Puis, le devis utilisé est corrélationnel et ne permet pas d'établir de relations causales entre l'ASE et l'ajustement psychosexuel. L'ordre dans lequel les variables ont été insérées repose sur des bases théoriques solides et pourrait éventuellement être confirmé à l'aide de devis longitudinaux. Par ailleurs, les données empiriques tendent à rapporter des différences entre l'ajustement des hommes et des femmes ayant vécu une forme de mauvais traitement à l'enfance (Banyard, Williams, & Siegel, 2004; Godbout et al., 2006). Or, l'échantillon du présent mémoire disposait d'un nombre insuffisant d'hommes, encore moins d'hommes ayant vécu une agression sexuelle à l'enfance, empêchant ainsi de traiter distinctement l'ajustement psychosexuel des hommes et des femmes. Cependant, les prochaines études sur l'ASE et l'ajustement psychosexuel devront porter une attention particulière au genre afin d'assurer une

compréhension optimale du phénomène selon que le survivant est un homme ou une femme.

Dans les recherches futures, il pourrait s'avérer intéressant de se référer à certaines notions théoriques psychanalytiques qui seraient utiles dans la présentation des résultats d'études antérieures en introduction ou encore, des résultats obtenus. D'une part, considérer les trois solutions possibles auxquelles peuvent aboutir les manifestations des conflits psychiques des survivants d'ASE, c'est-à-dire via (1) une pathologie mentalisée (i.e., dépression, troubles anxieux), (2) une pathologie somatique qui inclut les dysfonctions sexuelles, la maladie psychosomatique ou finalement, (3) une dynamique de passage à l'acte qui implique une action motrice (i.e., acting-out sexuel, délinquance, etc.). Répartir les concepts selon cette structure pourrait éviter que des symptômes relevant d'une organisation psychique différente soient rassemblés dans un même lot.

D'autre part, il y a la notion de carence d'élaboration psychique dans le passage à l'acte, cette-dernière est représentée dans les deuxième et troisième solutions abordées ci-dessus. En s'appuyant sur le concept d'alexithymie, Monique Tardif (1998) avance que cette carence d'élaboration psychique consiste en une incapacité à mettre en mots et à différencier les émotions et les sensations corporelles vécues, une inhabilité à freiner l'impulsivité ainsi qu'à tolérer la frustration et donc, le passage à l'acte relèverait de mécanismes de défense de l'ordre du clivage. Ceci étant dit, la prise en considération de cette notion théorique renvoie au fait que ni la pathologie somatique ni les passages à l'acte ne sont des stratégies mentalisées. Ainsi, cela mène à un niveau de conscientisation limité, voire même absent, qui peut contribuer ou partiellement expliquer la difficulté de travailler ces symptômes en clinique. Par exemple, un individu avec une personnalité limite peut plus souvent emprunter une stratégie de troisième niveau lorsque l'état interne devient trop intense et fait un acting out sans mentalisation (p. ex. des comportements d'automutilation). Cette



structure du psychisme et de l'organisation des répercussions d'événements traumatiques peut donc, toujours être pertinente à garder en tête lors d'interventions cliniques auprès d'individus aux prises avec ces conflits ou qui en plus, ont vécu une ASE.

Enfin, une autre limite qui peut être soulevée dans le cadre de ce mémoire, est l'utilisation d'un seul type de victimisation à l'enfance, c'est-à-dire l'ASE. Pourtant, les autres formes de mauvais traitements à l'enfance (i.e., négligence physique et émotionnelle, violence psychologique et physique) sont également lourdes de conséquences sur le fonctionnement des survivants (Colman & Widom, 2004; Davis & Petretic-Jackson, 2000; Springer, Sheridan, Kuo, & Carnes, 2007; Wright, Crawford, & Del Castillo, 2009). Plus spécialement, la combinaison de plusieurs types de traumas, soit la polyvictimisation ou les traumas cumulatifs semblent liés à une plus grande détresse (Finkelhor, Ormrod, & Turner, 2007; Higgins & McCabe, 2001; Hodges et al., 2013). Il serait donc important de traiter cette possibilité dans les prochaines études. Enfin, malgré ces résultats forts intéressants et pertinents à notre compréhension des mécanismes expliquant les effets de l'ASE sur l'ajustement psychosexuel, plusieurs autres variables distales et proximales sont susceptibles de contribuer à l'explication. Par exemple, les caractéristiques de l'abus pourraient être insérées au modèle (i.e., relation avec l'abuseur, utilisation ou non de la force, actes commis). Les styles d'attachement à l'âge adulte (Hazan & Shaver, 1987; Roche, Runtz, & Hunter, 1999) pourraient également être intégrés au modèle en guise de variables médiatrices de la relation entre l'ASE et l'ajustement psychosexuel au même titre que les capacités du soi.

### 6.3 Implications cliniques en sexologie

Les résultats du présent mémoire offrent un soutien aux modèles conceptuels utilisés et offrent de bonnes pistes d'interventions cliniques pour les professionnels qui

œuvrent auprès de survivants d'ASE ou de personnes vivant des difficultés d'ajustement psychosexuel. En effet, selon le modèle des dynamiques traumatogéniques (Finkelhor & Browne, 1985), le clinicien peut plus facilement évaluer les caractéristiques de l'ASE en fonction des quatre dynamiques et anticiper de quel ordre seront les répercussions. Considérant que les premières expériences sexuelles servent de bases importantes au développement sexuel et relationnel ultérieur (Impett, Muise, & Peragine, 2014), il est vraisemblable de croire que le contexte d'abus peut générer des éléments qui relèvent de la dynamique d'impuissance. À partir de cette dynamique, il serait possible de prétendre que les répercussions graviteraient autour de la méfiance, de l'isolement et même d'une aversion des relations avec les autres (Briere & Elliot, 1994; Dietrich, 2007). Nécessairement, ces émotions vont à l'encontre d'une sexualité exempte d'anxiété et de dysfonctions. À la lumière de ces informations, les survivants d'ASE aux prises avec de telles difficultés pourraient certainement rapporter un moins bon ajustement psychosexuel.

En ce qui concerne le modèle du trauma (Briere, 1996), il offre la notion de la fenêtre thérapeutique, particulièrement importante chez des individus ayant vécu une ASE, supposant qu'ils aient développé des capacités du soi altérées et que leur ajustement psychosexuel en soit affecté. Cette notion réfère à l'espace interne de l'individu où il n'y a ni exposition envahissante ni d'évitement excessif ce qui lui permet d'aller où il n'est jamais allé avant sans être retraumatisé (Briere, 2002). Autrement dit, la prise en considération de cette fenêtre thérapeutique permet le respect des capacités de régulation du survivant ou de la survivante d'ASE. Concrètement, le clinicien pourrait progressivement lui exposer certaines émotions conditionnées dans le contexte d'abus et qui peuvent nuire à sa capacité d'être suffisamment excité(e) sexuellement avec son conjoint ou sa conjointe en raison de trop d'anxiété, par exemple. De plus, selon les principes de la fenêtre thérapeutique, le sens de sécurité et l'utilisation concomitante d'un faible taux d'évitement sont des prérequis cruciaux à



un processus thérapeutique réussi chez des individus ayant vécu une expérience traumatisante.

Ultimement, des interventions cliniques adaptées aux besoins des survivants d'ASE pourront être élaborées sur la base de tels résultats. Justement, un résultat important de ce projet de mémoire est la contribution à la fois directe et indirecte de l'ASE à davantage d'anxiété sexuelle et de dysfonctions sexuelles via des capacités du soi altérées. Ce résultat est d'autant plus important puisqu'il justifie une évaluation détaillée de l'historique des traumatismes interpersonnels chez les individus qui consultent pour des difficultés sexuelles, tant au niveau des dysfonctions sexuelles (i.e., baisse de désir sexuel, dyspareunie et vaginisme, dysfonction érectile, anorgasmie) qu'à l'expérience d'un inconfort ou d'affects négatifs relié à la sexualité. Une meilleure compréhension du rôle des variables psychologiques telles que les capacités du soi et de l'historique d'ASE dans le développement de difficultés psychosexuelles permet l'apport de traitements plus adaptés aux besoins des individus. Par ailleurs, puisque les capacités du soi ont un rôle intermédiaire, elles offrent aux intervenants des outils de travail pertinents pour favoriser un meilleur ajustement psychosexuel, et ce, même si leur patient a vécu une expérience d'ASE. Par exemple, les intervenants et cliniciens pourraient miser sur le renforcement du sens identitaire et l'amélioration des habiletés relationnelles en thérapie. Bref, de tels résultats font émerger d'importantes lueurs d'espoir pour les survivants d'ASE notamment que l'expérience d'ASE ne définit ni leur sens identitaire ni leur sexualité. Bien au contraire, les répercussions délétères de l'ASE qui diminuent l'ajustement psychosexuel des survivants sont des variables sur lesquelles on peut travailler en thérapie.

Aussi, les cliniciens seraient plus à l'affût du rôle des expériences abusives précoces, entre autre, dans le développement d'un attachement insécurisant (Alexander, 1992). À cet effet, en thérapie, les cliniciens pourraient cibler les représentations internes de soi et des autres des individus qui consultent pour des difficultés sexuelles ou qui ont

vécu une ASE pour restructurer leurs dynamiques d'attachement, précocement perturbées par un contexte d'ASE. Justement, une approche qui combine à la fois les anxiétés et les besoins comme cible d'intervention, telles que la Thérapie Centrée sur l'Émotion adaptée aux survivants d'ASE (EFT; MacIntosh & Johnson, 2008) pourrait être particulièrement opportune. Effectivement, cette approche dont l'efficacité thérapeutique a été démontrée empiriquement permet la création d'expériences émotionnelles correctrices au cours desquelles les attentes négatives et les peurs vis-à-vis des autres peuvent être progressivement restructurées (MacIntosh & Johnson, 2008).

En guise de conclusion, il est possible d'affirmer que le présent mémoire est un pas de plus vers une compréhension plus élaborée et exhaustive de l'ajustement psychosexuel des survivants d'ASE. En effet, il semble que l'agression sexuelle en enfance affecte directement et indirectement l'ajustement psychosexuel via des relations particulièrement difficiles et une identité plus floue. Essentiellement, la prise en considération des processus intrapersonnels tels que le sens identitaire ou les habiletés relationnelles permet une *dépathologisation* des conséquences de l'ASE, offrant aussi une conceptualisation plus profonde des difficultés rapportées par les survivants. Enfin, l'élaboration de modèles intégrateurs incluant des variables intermédiaires telles que les capacités du soi, constitue d'autant plus des outils clés pour expliquer les variations observées dans le développement ou non de certaines difficultés psychosexuelle chez les adultes ayant vécu une agression sexuelle en enfance.

## Références

- Aaron, M. (2012). The Pathways of Problematic Sexual Behavior: A Literature Review of Factors Affecting Adult Sexual Behavior in Survivors of Childhood Sexual Abuse. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 19(3), 199-218. doi: 10.1080/10720162.2012.690678
- Alexander, & Lupfer, S. (1987). Family characteristics and long-term consequences associated with sexual abuse. *Archives of Sexual Behavior*, 16(3), 235-245. doi: 10.1007/BF01541611
- Alexander, P. C. (1992). Application of attachment theory to the study of sexual abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60(2), 185-195. doi: 10.1037/0022-006X.60.2.185
- Alexander, P. C. (1993). The Differential Effects of Abuse Characteristics and Attachment in the Prediction of Long-Term Effects of Sexual Abuse. *Journal of Interpersonal Violence*, 8(3), 346-362. doi: 10.1177/088626093008003004
- Alexander, P. C., & Warner, S. (2003). Attachment theory and family systems theory as frameworks for understanding the intergenerational transmission of family violence. In P. Erdman & T. Caffery (Eds.), *Attachment and family systems: Conceptual, empirical, and therapeutic relatedness. The family therapy and counseling series* (pp. 241-257). New York: Brunner-Routledge.
- Allen, B. (2011). Childhood psychological abuse and adult aggression: the mediating role of self-capacities. *Journal of Interpersonal Violence*, 26(10), 2093-2110. doi: 10.1177/0886260510383035
- American Psychiatric Association. (2003). *DSM-IV-TR, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, (4e Ed.). Paris: Masson.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

- Arata, C. M., Langhinrichsen-Rohling, J., Bowers, D., & O'Farrill-Swails, L. (2005). Single versus Multi-Type Maltreatment. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 11(4), 29-52. doi: 10.1300/J146v11n04\_02
- Badgley, R. F. (1984). *Infractions sexuelles à l'égard des enfants : rapport du Comité sur les infractions sexuelles à l'égard des enfants et des jeunes, nommé par le ministre de la Justice et Procureur général du Canada, le ministre de la Santé nationale et du bien-être social*: Ministère de la Justice Canada.
- Bal, S., Van Oost, P., De Bourdeaudhuij, I., & Crombez, G. (2003). Avoidant coping as a mediator between self-reported sexual abuse and stress-related symptoms in adolescents. *Child Abuse Negl*, 27(8), 883-897.
- Banyard, V. L., Williams, L. M., & Siegel, J. A. (2004). Childhood Sexual Abuse: A Gender Perspective on Context and Consequences. *Child Maltreatment*, 9(3), 223-238. doi: 10.1177/107755904266914
- Becker, Skinner, L. J., Abel, G. G., Axelrod, R., & Cichon, J. (1984). Sexual problems of sexual assault survivors. *Women Health*, 9(4), 5-20. doi: 10.1300/J013v09n04\_02
- Becker, J. V., Skinner, L. J., Abel, G. G., & Treacy, E. C. (1982). Incidence and types of sexual dysfunctions in rape and incest victims. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 8(1), 65-74. doi: 10.1080/00926238208405813
- Bentler, P. M. (1990). Comparative fit indices in structural models. *Psychological Bulletin*, 107, 38-246.
- Bentler, P. M., & Bonett, D. G. (1980). Significance tests and goodness of fit in the analysis of covariance structures. *Psychological Bulletin*, 88(3), 588-606. doi: 10.1037/0033-2909.88.3.588
- Berliner, L., & Elliott, D. M. (1996). Sexual Abuse of Children. In J. Briere, L. Berliner, J. A. Bulkley, C. Jenny & T. Reid (Eds.), *The APSAC handbook on child maltreatment* (pp. 51-71). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.



- Berthelot, N., Godbout, N., Hébert, M., Goulet, M., & Bergeron, S. (2013). Prevalence and Correlates of Childhood Sexual Abuse in Adults Consulting for Sexual Problems. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 40(5), 434-443. doi: 10.1080/0092623X.2013.772548
- Blain, L. M., Muench, F., Morgenstern, J., & Parsons, J. T. (2012). Exploring the role of child sexual abuse and posttraumatic stress disorder symptoms in gay and bisexual men reporting compulsive sexual behavior. *Child Abuse & Neglect*, 36(5), 413-422. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.chiabu.2012.03.003>
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss. 1. Attachment*. New York Basic Books.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and Loss: Separation: anxiety and anger*. New York Basic Books.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and Loss. Loss* (Vol. 3). New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1982). *Attachment and Loss: vol 1. Attachment* (2nd ed.): Basic Books.
- Brennan, K. A., & Shaver, P. R. (1995). Dimensions of Adult Attachment, Affect Regulation, and Romantic Relationship Functioning. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 21(3), 267-283. doi: 10.1177/0146167295213008
- Briere, J. (1992). *Child Abuse Trauma: Theory and Treatment of the Lasting Effects*: SAGE Publications.
- Briere, J. (1996). A self-trauma model for treating adult survivors of severe child abuse. In J. Briere, L. Berliner, J. A. Bulkley, C. Jenny & T. Reid (Eds.), *The APSAC handbook on child maltreatment* (pp. 449). United States Sage Publications.
- Briere, J. (1997). Treating adults severely abused as children: The self-trauma model. In D. A. Wolfe, R. J. McMahon & R. D. Peters (Eds.), *Child abuse: New directions in prevention and treatment across the lifespan* (pp. 177-204). Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications, Inc.



- Briere, J. (2002). Treating adult survivors of severe childhood abuse and neglect: Further development of an integrative model. In J.E.B. Myers, L. Berliner, J. Briere, C.T. Hendrix, T. Reid & C. Jenny (Eds.), *The APSAC Handbook on Child Maltreatment* (2nd ed.). Newbury Park, CA: SAGE Publications.
- Briere, J., & Elliott, D. M. (1994). Immediate and long-term impacts of child sexual abuse. *The Future of Children*, 4(2), 54-69. doi: 10.2307/1602523
- Briere, J., Hodges, M., & Godbout, N. (2010). Traumatic stress, affect dysregulation, and dysfunctional avoidance: A structural equation model. *Journal of Traumatic Stress*, 23(6), 767-774. doi: 10.1002/jts.20578
- Briere, J., & Rickards, S. (2007). Self-awareness, affect regulation, and relatedness: differential sequels of childhood versus adult victimization experiences. *J Nerv Ment Dis*, 195(6), 497-503. doi: 10.1097/NMD.0b013e31803044e2
- Briere, J., & Runtz, M. (1990). Differential adult symptomatology associated with three types of child abuse histories. *Child Abuse & Neglect*, 14(3), 357-364. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/0145-2134\(90\)90007-G](http://dx.doi.org/10.1016/0145-2134(90)90007-G)
- Briere, J., & Runtz, M. (2002). The Inventory of Altered Self-Capacities (IASC): A standardized measure of identity, affect regulation, and relationship disturbance. *Assessment*, 9(3), 230-239. doi: 10.1177/1073191102009003002
- Briere, J., & Scott, C. (2006). *Principles of Trauma Therapy: A Guide to Symptoms, Evaluation, and Treatment*: SAGE Publications.
- Briere, J., & Scott, C. (2014). *Principles of trauma therapy: a guide to symptoms, evaluation, and treatment* (Second Edition: DSM-5 Update ed.): SAGE Publications.
- Browne, A., & Finkelhor, D. (1986). Impact of child sexual abuse: A review of the research. *Psychological Bulletin*, 99(1), 66-77. doi: 10.1037/0033-2909.99.1.66
- Byrne, B. M. (2013). *Structural equation modeling with AMOS: basic concepts, applications, and programming, Second Edition*: Taylor & Francis.

- Classen, C., Field, N. P., Koopman, C., Nevill-Manning, K., & Spiegel, D. (2001). Interpersonal problems and their relationship to sexual revictimization among women sexually abused in childhood. *Journal of Interpersonal Violence*, 16(6), 495-509. doi:10.1177/088626001016006001
- Cloitre, M., Stolbach, B. C., Herman, J. L., van der Kolk, B., Pynoos, R., Wang, J., & Petkova, E. (2009). A developmental approach to complex PTSD: childhood and adult cumulative trauma as predictors of symptom complexity. *J Trauma Stress*, 22(5), 399-408. doi: 10.1002/jts.20444
- Cole, P. M., & Putnam, F. W. (1992). Effect of incest on self and social functioning: A developmental psychopathology perspective. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60(2), 174-184. doi: 10.1037/0022-006X.60.2.174
- Collins, N. L., & Read, S. J. (1990). Adult attachment, working models, and relationship quality in dating couples. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58(4), 644-663. doi: 10.1037/0022-3514.58.4.644
- Colman, R. A., & Widom, C. S. (2004). Childhood abuse and neglect and adult intimate relationships: a prospective study. *Child Abuse & Neglect*, 28(11), 1133-1151. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.chiabu.2004.02.005>
- Davis, J., Petretic-Jackson, P., & Ting, L. (2001). Intimacy dysfunction and trauma symptomatology: long-term correlates of different types of child abuse. *Journal of Traumatic Stress*, 14(1), 63-79. doi: 10.1023/A:1007835531614
- Davis, J. L., & Petretic-Jackson, P. A. (2000). The impact of child sexual abuse on adult interpersonal functioning: A review and synthesis of the empirical literature. *Aggression and Violent Behavior*, 5(3), 291-328. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S1359-1789\(99\)00010-5](http://dx.doi.org/10.1016/S1359-1789(99)00010-5)
- Dhaliwal, G. K., Gauzas, L., Antonowicz, D. H., & Ross, R. R. (1996). Adult male survivors of childhood sexual abuse: prevalence, sexual abuse characteristics, and long-term effects. *Clinical Psychology Review*, 16(7), 619-639. doi: 10.1016/S0272-7358(96)00018-9

- Dietrich, A. (2007). Childhood maltreatment and revictimization: the role of affect dysregulation, interpersonal relatedness difficulties and posttraumatic stress disorder. *Journal Of Trauma & Dissociation: The Official Journal Of The International Society For The Study Of Dissociation (ISSD)*, 8(4), 25-51.
- DiLillo, D. (2001). Interpersonal functioning among women reporting a history of childhood sexual abuse: Empirical findings and methodological issues. *Clinical Psychology Review*, 21(4), 553-576. doi: 10.1016/S0272-7358(99)00072-0
- DiLillo, D., Lewis, T., & Loreto-Colgan, A. D. (2007). Child maltreatment history and subsequent romantic relationships. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 15(1), 19-36. doi: 10.1300/J146v15n01\_02
- DiLillo, D., & Long, P. J. (1999). Perceptions of couple functioning among female survivors of child sexual abuse. *Journal of Child Sexual Abuse: Research, Treatment, & Program Innovations for Victims, Survivors, & Offenders*, 7(4), 59-76. doi: 10.1300/J070v07n04\_05
- Dube, S. R., Anda, R. F., Whitfield, C. L., Brown, D. W., Felitti, V. J., Dong, M., & Giles, W. H. (2005). Long-Term Consequences of Childhood Sexual Abuse by Gender of Victim. *American Journal of Preventive Medicine*, 28(5), 430-438. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.amepre.2005.01.015>
- Eadie, E. M., Runtz, M. G., & Spencer-Rodgers, J. (2008). Posttraumatic stress symptoms as a mediator between sexual assault and adverse health outcomes in undergraduate women. *J Trauma Stress*, 21(6), 540-547. doi: 10.1002/jts.20369
- Elliott, D. M. (1994). Impaired object relations in professional women molested as children. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 31(1), 79-86. doi: 10.1037/0033-3204.31.1.79
- Erikson, E. H. (1956). Das Problem der Identität. [The problem of identity.]. *Psyche, Heidelberg*, 10, 114-176.

- Feeney, & Noller, P. (1990). Attachment style as a predictor of adult romantic relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58(2), 281-291. doi: 10.1037/0022-3514.58.2.281
- Feeney, & Noller, P. (2004). Attachment and sexuality in close relationships. In J. H. Harvey, A. Wenzel & S. Sprecher (Eds.), *The Handbook of Sexuality in Close Relationships* (pp. 183-201). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Fergusson, D. M., Boden, J. M., & Horwood, L. J. (2008). Exposure to childhood sexual and physical abuse and adjustment in early adulthood. *Child Abuse Negl*, 32(6), 607-619. doi: 10.1016/j.chiabu.2006.12.018
- Fergusson, D. M., Horwood, L. J., & Lynskey, M. T. (1996). Childhood sexual abuse and psychiatric disorder in young adulthood: II. Psychiatric outcomes of childhood sexual abuse. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 35(10), 1365-1374. doi: 10.1097/00004583-199610000-00024
- Fergusson, D. M., Horwood, L. J., & Lynskey, M. T. (1997). Children and Adolescents In P. M. Ellis & S. C. D. Collings (Eds.), *Mental Health in New Zealand From a Public Health Perspective* (pp. 136-154). Wellington: Ministry of Health.
- Fergusson, D. M., McLeod, G. F. H., & Horwood, L. J. (2013). Childhood sexual abuse and adult developmental outcomes: Findings from a 30-year longitudinal study in New Zealand. *Child Abuse & Neglect*, 37(9), 664-674. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.03.013>
- Finkelhor, D. (1990). Early and long-term effects of child sexual abuse: An update. *Professional Psychology: Research and Practice*, 21(5), 325-330. doi: 10.1037/0735-7028.21.5.325
- Finkelhor, D. (1994). The international epidemiology of child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 18(5), 409-417. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/0145-2134\(94\)90026-4](http://dx.doi.org/10.1016/0145-2134(94)90026-4)



- Finkelhor, D., & Browne, A. (1985). The traumatic impact of child sexual abuse: A conceptualization. *American Journal of Orthopsychiatry*, 55(4), 530-541. doi: 10.1111/j.1939-0025.1985.tb02703.x
- Finkelhor, D., Ormrod, R. K., & Turner, H. A. (2007). Poly-victimization: a neglected component in child victimization. *Child Abuse Negl*, 31(1), 7-26. doi: 10.1016/j.chiabu.2006.06.008
- Foa, E. B., & Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 99(1), 20-35. doi: 10.1037/0033-2909.99.1.20
- Forouzan, E., & van Gijsegheem, H. (2004). Recension des écrits sur l'impact des contacts sexuels précoces sur les hommes. [Literature review on adult sequelae of precocious sexual contacts in boys.]. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, 45(1), 59-80. doi: 10.1037/h0086971
- Friedman, M. J., Keane, T. M., & Resick, P. A. (2010). *Handbook of PTSD: Science and Practice*. New York, NY: Guilford Publications.
- Fruzzetti, A. E., Shenk, C., & Hoffman, P. D. (2005). Family interaction and the development of borderline personality disorder: a transactional model. *Dev Psychopathol*, 17(4), 1007-1030.
- Godbout, N. (2009). *Répercussions à long terme de traumatismes subis durant l'enfance au sein de la relation conjugale* (Thèse de doctorat), Université Laval. Retrieved from [www.theses.ulaval.ca/2009/26351/26351.pdf](http://www.theses.ulaval.ca/2009/26351/26351.pdf)
- Godbout, N., Dutton, D. G., Lussier, Y., & Sabourin, S. (2009). Early exposure to violence, domestic violence, attachment representations, and marital adjustment. *Personal Relationships*, 16(3), 365-384. doi: 10.1111/j.1475-6811.2009.01228.x
- Godbout, N., Lussier, Y., & Sabourin, S. (2006). Early abuse experiences and subsequent gender differences in couple adjustment. *Violence and Victims*, 21(6), 744-760. doi: 10.1891/vv-v21i6a005



- Godbout, N., Sabourin, S., & Lussier, Y. (2007). La relation entre l'abus sexuel subi durant l'enfance et la satisfaction conjugale chez l'homme. [The relation between sexual abuse undergone during childhood and male marital satisfaction.]. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement*, 39(1), 46-59. doi: 10.1037/cjbs2007004
- Greenwald, E., Leitenberg, H., Cado, S., & Tarran, M. J. (1990). Childhood sexual abuse: Long-term effects on psychological and sexual functioning in a nonclinical and nonstudent sample of adult women. *Child Abuse & Neglect*, 14(4), 503-513. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/0145-2134\(90\)90099-F](http://dx.doi.org/10.1016/0145-2134(90)90099-F)
- Haft, W. L., & Slade, A. (1989). Affect Attunement and Maternal Attachment: A Pilot Study. *Infant Mental Health Journal*, 10(3), 157-172. doi: 10.1002/1097-0355(198923)10:3<157::AID-IMHJ2280100304>3.0.CO;2-3
- Hamilton, N. G. (1988). *Self and Others: Object Relations Theory in Practice*: Jason Aronson, Incorporated.
- Hankivsky, O., & Draker, D. A. (2003). The economic costs of child sexual abuse in Canada. A preliminary analysis. *Journal of Health and Social Policy*, 17(2), 1-33.
- Hazan, C., & Shaver, P. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(3), 511-524. doi: 10.1037/0022-3514.52.3.511
- Heard, H. L., & Linehan, M. M. (1993). Problems of self and borderline personality disorder: a dialectical behavioral analysis. In Z. V. Segal & S. J. Blatt (Eds.), *The Self in Emotional Distress: Cognitive and Psychodynamic Perspectives*. New York: Guilford Press.
- Hébert, M., Tourigny, M., Cyr, M., McDuff, P., & Joly, J. (2009). Prevalence of childhood sexual abuse and timing of disclosure in a representative sample of adults from Quebec. *The Canadian Journal of Psychiatry / La Revue canadienne de psychiatrie*, 54(9), 631-636.

- Heiman, J. R., & Heard-Davison, A. R. (2004). Child sexual abuse and adult sexual relationships: Review and perspective. In L. J. Koenig, L. S. Doll, A. O. Leary & W. Pequegnat (Eds.), *From child sexual abuse to adult sexual risk: Trauma, revictimization, and intervention* (pp. 13-47). Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Higgins, D. J., & McCabe, M. P. (2001). Multiple forms of child abuse and neglect: adult retrospective reports. *Aggression and Violent Behavior*, 6(6), 547-578. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S1359-1789\(00\)00030-6](http://dx.doi.org/10.1016/S1359-1789(00)00030-6)
- Hodges, M., Godbout, N., Briere, J., Lanktree, C., Gilbert, A., & Kletzka, N. T. (2013). Cumulative trauma and symptom complexity in children: A path analysis. *Child Abuse & Neglect*, No Pagination Specified. doi: 10.1016/j.chiabu.2013.04.001
- Hu, L. t., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 6(1), 1-55. doi: 10.1080/10705519909540118
- Hunter, J. A. (1991). A Comparison of the Psychosocial Maladjustment of Adult Males and Females Sexually Molested as Children. *Journal of Interpersonal Violence*, 6(2), 205-217. doi: 10.1177/088626091006002005
- Impett, E. A., Muise, A., & Peragine, D. (2014). Sexuality in the context of relationships. In D. L. Tolman, L. M. Diamond, J. A. Bauermeister, W. H. George, J. G. Pfaus & L. M. Ward (Eds.), *APA handbook of sexuality and psychology, Vol. 1: Person-based approaches* (pp. 269-315). Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Jackson, J. L., Calhoun, K. S., Amick, A. E., Maddever, H. M., & Habif, V. L. (1990). Young adult women who report childhood intrafamilial sexual abuse: subsequent adjustment. *Arch Sex Behav*, 19(3), 211-221.

- Jehu, D. (1989). Sexual dysfunctions among women clients who were sexually abused in childhood. *Behavioural Psychotherapy*, 17(1), 53-70. doi: 10.1017/S0141347300015639
- Jehu, D., Gazan, M., & Klassen, C. (1988). *Beyond sexual abuse: Therapy with women who were childhood victims*. Oxford, England: John Wiley & Sons.
- Kernberg, O. (1967). Borderline personality organization. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 15, 641-685.
- Kernberg, O. (1997). Nature of interpretation: intersubjectivity & the third position. *Annual of Psychoanalysis*, 25, 97-110.
- Kinzl, J. F., Traweger, C., & Biebl, W. (1995). Sexual dysfunctions: Relationship to childhood sexual abuse and early family experiences in a nonclinical sample. *Child Abuse & Neglect*, 19(7), 785-792. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/0145-2134\(95\)00048-D](http://dx.doi.org/10.1016/0145-2134(95)00048-D)
- Kline, R. B. (2011). *Principles and practice of structural equation modeling*: Guilford Press.
- Kohut, H. (1977). *The Restoration of the Self*. New York International Universities Press.
- Lacelle, C., Hébert, M., Lavoie, F., Vitaro, F., & Tremblay, R. E. (2012). Child sexual abuse and women's sexual health: The contribution of CSA severity and exposure to multiple forms of childhood victimization. *Journal of Child Sexual Abuse: Research, Treatment, & Program Innovations for Victims, Survivors, & Offenders*, 21(5), 571-592. doi: 10.1080/10538712.2012.688932
- Lamoureux, B. E., Palmieri, P. A., Jackson, A. P., & Hobfoll, S. E. (2012). Child Sexual Abuse and Adulthood Interpersonal Outcomes: Examining Pathways for Intervention. *Psychol Trauma*, 4(6), 605-613. doi: 10.1037/a0026079
- Leclerc, B., Bergeron, S., Binik, Y. M., & Khalifé, S. (2010). History of sexual and physical abuse in women with dyspareunia: Association with pain, psychosocial adjustment, and sexual functioning. *Journal of Sexual Medicine*, 7(2, Pt 2), 971-980. doi: 10.1111/j.1743-6109.2009.01581.x

- Lemieux, S. R., & Byers, E. S. (2008). The Sexual Well-Being of Women Who Have Experienced Child Sexual Abuse. *Psychology of Women Quarterly*, 32(2), 126-144. doi: 10.1111/j.1471-6402.2008.00418.x
- Leonard, Iverson, K. M., & Follette, V. M. (2008). Sexual Functioning and Sexual Satisfaction Among Women Who Report a History of Childhood and/or Adolescent Sexual Abuse. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 34(5), 375-384. doi: 10.1080/00926230802156202
- Linehan, M. M. (1989). Cognitive and Behavior Therapy for Borderline Personality Disorder. In A. Tasman, R. E. Hales & A. J. Frances (Eds.), *American Psychiatric Press Review of Psychiatry* (pp. 84-102): American Psychiatric Publishing.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York, NY, US: Guilford Press.
- Liotti, G. (1992). Disorganized/disoriented attachment in the etiology of the dissociative disorders. *Dissociation: Progress in the Dissociative Disorders*, 5(4), 196-204.
- LoPiccolo, J., & Stock, W. E. (1986). Treatment of sexual dysfunction. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54(2), 158-167. doi: 10.1037/0022-006X.54.2.158
- Luo, Y., Parish, W. L., & Laumann, E. O. (2008). A population-based study of childhood sexual contact in China: Prevalence and long-term consequences. *Child Abuse & Neglect*, 32(7), 721-731. doi: 10.1016/j.chiabu.2007.10.005
- MacIntosh, H. B., & Johnson, S. (2008). Emotionally Focused Therapy for Couples and Childhood Sexual Abuse Survivors. *Journal of Marital and Family Therapy*, 34(3), 298-315. doi: 10.1111/j.1752-0606.2008.00074.x
- Mackey, T. F., Hacker, S. S., Weissfeld, L. A., Ambrose, N. C., Fisher, M. G., & Zobel, D. L. (1991). Comparative effects of sexual assault on sexual functioning of child sexual abuse survivors and others. *Issues Ment Health Nurs*, 12(1), 89-112.



- McCann, I. L., & Pearlman, L. A. (1990). *Psychological trauma and the adult survivor: theory, therapy, and transformation*: Brunner/Mazel.
- McGahuey, C. A., Gelenberg, A. J., Laukes, C. A., Moreno, F. A., Delgado, P. L., McKnight, K. M., & Manber, R. (2000). The Arizona Sexual Experience Scale (ASEX): Reliability and validity. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 26(1), 25-40. doi: 10.1080/009262300278623
- Merrill, L. L., Guimond, J. M., Thomsen, C. J., & Milner, J. S. (2003). Child Sexual Abuse and Number of Sexual Partners in Young Women: The Role of Abuse Severity, Coping Style, and Sexual Functioning. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(6), 987-996. doi: 10.1037/0022-006X.71.6.987
- Messman-Moore, T. L., Walsh, K. L., & DiLillo, D. (2010). Emotion dysregulation and risky sexual behavior in revictimization. *Child Abuse & Neglect*, 34(12), 967-976. doi: 10.1016/j.chiabu.2010.06.004
- Meston, C. M., Heiman, J. R., & Trapnell, P. D. (1999). The Relation between Early Abuse and Adult Sexuality. *The Journal of Sex Research*, 36(4), 385-395. doi: 10.2307/3813723
- Meston, C. M., Rellini, A. H., & Heiman, J. R. (2006). Women's history of sexual abuse, their sexuality, and sexual self-schemas. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(2), 229-236. doi: 10.1037/0022-006X.74.2.229
- Millett, L. S., Kohl, P. L., Jonson-Reid, M., Drake, B., & Petra, M. (2013). Child Maltreatment Victimization and Subsequent Perpetration of Young Adult Intimate Partner Violence: An Exploration of Mediating Factors. *Child Maltreatment*, 18(2), 71-84. doi: 10.1177/1077559513484821
- Molnar, B. E., Buka, S. L., & Kessler, R. C. (2001). Child sexual abuse and subsequent psychopathology: results from the National Comorbidity Survey. *Am J Public Health*, 91(5), 753-760.

- Mullen, P. E., Martin, J. L., Anderson, J. C., Romans, S. E., & Herbison, G. P. (1994). The effect of child sexual abuse on social, interpersonal and sexual function in adult life. *The British Journal of Psychiatry*, 165(1), 35-47. doi: 10.1192/bjp.165.1.35
- Muthén, L. K., & Muthén, B. O. (1998-2012). Mplus User's Guide. Seventh Edition. Los Angeles, CA: Muthén & Muthén
- Najman, J. M., Dunne, M. P., Purdie, D. M., Boyle, F. M., & Coxeter, P. D. (2005). Sexual Abuse in Childhood and Sexual Dysfunction in Adulthood: An Australian Population-Based Study. *Archives of Sexual Behavior*, 34(5), 517-526. doi: 10.1007/s10508-005-6277-6
- Neumann, D. A., Houskamp, B. M., Pollock, V. E., & Briere, J. (1996). The Long-Term Sequelae of Childhood Sexual Abuse in Women: A Meta-Analytic Review. *Child Maltreatment*, 1(1), 6-16. doi: 10.1177/1077559596001001002
- Noll, J. G., Trickett, P. K., & Putnam, F. W. (2003). A prospective investigation of the impact of childhood sexual abuse on the development of sexuality. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(3), 575-586. doi: 10.1037/0022-006X.71.3.575
- Palesh, O. G., Classen, C. C., Field, N., Kraemer, H. C., & Spiegel, D. (2007). The relationship of child maltreatment and self-capacities with distress when telling one's story of childhood sexual abuse. *Journal of Child Sexual Abuse: Research, Treatment, & Program Innovations for Victims, Survivors, & Offenders*, 16(4), 63-80. doi: 10.1300/J070v16n04\_04
- Paolucci, E. O., Genuis, M. L., & Violato, C. (2001). A meta-analysis of the published research on the effects of child sexual abuse. *J Psychol*, 135(1), 17-36. doi: 10.1080/00223980109603677
- Pearlman, L. A., & Courtois, C. A. (2005). Clinical applications of the attachment framework: Relational treatment of complex trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 18(5), 449-459. doi: 10.1002/jts.20052

- Pereda, N., Guilera, G., Forns, M., & Gomez-Benito, J. (2009). The international epidemiology of child sexual abuse: a continuation of Finkelhor (1994). *Child Abuse Negl*, 33(6), 331-342. doi: 10.1016/j.chiabu.2008.07.007
- Polusny, M. A., & Follette, V. M. (1995). Long-term correlates of child sexual abuse: Theory and review of the empirical literature. *Applied and Preventive Psychology*, 4(3), 143-166. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0962-1849\(05\)80055-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0962-1849(05)80055-1)
- Putnam, F. W. (1990). Disturbances of "self" in victims of childhood sexual abuse. In R. P. Kluft (Ed.), *Incest-related Syndromes of Adult Psychopathology* (pp. 113-131). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Putnam, F. W. (2003). Ten-Year Research Update Review: Child Sexual Abuse. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42(3), 269-278. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/00004583-200303000-00006>
- Rellini, A., & Meston, C. (2007). Sexual function and satisfaction in adults based on the definition of child sexual abuse. *The Journal of Sexual Medicine*, 4(5), 1312-1321.
- Rellini, A., & Meston, C. (2011). Sexual Self-Schemas, Sexual Dysfunction, and the Sexual Responses of Women with a History of Childhood Sexual Abuse. *Archives of Sexual Behavior*, 40(2), 351-362. doi: 10.1007/s10508-010-9694-0
- Roberts, A., Glymour, M. M., & Koenen, K. (2013). Does Maltreatment in Childhood Affect Sexual Orientation in Adulthood? *Archives of Sexual Behavior*, 42(2), 161-171. doi: 10.1007/s10508-012-0021-9
- Roche, D. N., Runtz, M. G., & Hunter, M. A. (1999). Adult attachment: A mediator between child sexual abuse and later psychological adjustment. *Journal of Interpersonal Violence*, 14(2), 184-207. doi: 10.1177/088626099014002006
- Rumstein-McKean, O., & Hunsley, J. (2001). Interpersonal and family functioning of female survivors of childhood sexual abuse. *Clinical Psychology Review*, 21(3), 471-490. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0272-7358\(99\)00069-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0272-7358(99)00069-0)

- Runtz, M. G., & Schallow, J. R. (1997). Social support and coping strategies as mediators of adult adjustment following childhood maltreatment. *Child Abuse & Neglect*, 21(2), 211-226. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0145-2134\(96\)00147-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0145-2134(96)00147-0)
- Sansone, R. A., Muennich, E., Barnes, J., & Wiederman, M. W. (2009). Childhood trauma and sexual behavior in adulthood among internal medicine outpatients. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 13(4), 341-344. doi: 10.3109/13651500903145021
- Santé et Services Sociaux du Québec. (2014). *Qu'est ce qu'une agression sexuelle?* : Retrieved from [http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob\\_sociaux/agression\\_sexuelle/index.php?cest-quoi-au-juste](http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob_sociaux/agression_sexuelle/index.php?cest-quoi-au-juste).
- Schloredt, K. A., & Heiman, J. R. (2003). Perceptions of sexuality as related to sexual functioning and sexual risk in women with different types of childhood abuse histories. *Journal of Traumatic Stress*, 16(3), 275-284. doi: 10.1023/A:1023752225535
- Schore, A. N. (2003). *Affect Dysregulation and Disorders of the Self (Norton Series on Interpersonal Neurobiology)*. New York: W. W. Norton.
- Sécurité Publique. (2012). *Statistiques 2012 sur les agressions sexuelles au Québec*. Retrieved from <http://www.securitepublique.gouv.qc.ca/police/publications-statistiques-police/statistique-agressions-sexuelles/statistiques-agression-sexuelle/agressions-sexuelles-2012/13113/13125.html>.
- Senn, T. E., & Carey, M. P. (2010). Child maltreatment and women's adult sexual risk behavior: childhood sexual abuse as a unique risk factor. *Child Maltreatment*, 15(4), 324-335.
- Shaver, P. R., & Mikulincer, M. (2006). A behavioral systems approach to romantic love relationships: Attachment, caregiving, and sex. In R. J. Sternberg & K. Weis (Eds.), *The New Psychology of Love*. New York: Yale University Press.



- Shrout, P. E., & Bolger, N. (2002). Mediation in experimental and nonexperimental studies: new procedures and recommendations. *Psychological Methods*, 7(4), 422-445.
- Siegel, D. J. (1999). *The Developing Mind: How Relationships and the Brain Interact to Shape who We are*. New York: Guilford Press.
- Simon, V. A., & Feiring, C. (2008). Sexual anxiety and eroticism predict the development of sexual problems in youth with a history of sexual abuse. *Child Maltreatment*, 13(2), 167-181. doi: 10.1177/1077559508315602
- Simpson, J. A. (1990). Influence of attachment styles on romantic relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59(5), 971-980. doi: 10.1037/0022-3514.59.5.971
- Snell, W. E., Fisher, T. D., & Walters, A. S. (1993). The Multidimensional Sexuality Questionnaire: An objective self-report measure of psychological tendencies associated with human sexuality. *Annals of Sex Research*, 6(1), 27-55. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/BF00849744>
- Sprecher, S., & Cate, R. M. (2004). Sexual satisfaction and sexual expression as predictors of relationship satisfaction and stability. In J. H. Harvey, A. Wenzel & S. Sprecher (Eds.), *The Handbook of Sexuality in Close Relationships* (pp. 235-256). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Springer, K. W., Sheridan, J., Kuo, D., & Carnes, M. (2007). Long-term physical and mental health consequences of childhood physical abuse: Results from a large population-based sample of men and women. *Child Abuse & Neglect*, 31(5), 517-530. doi: 10.1016/j.chiabu.2007.01.003
- Staples, J., Rellini, A. H., & Roberts, S. P. (2012). Avoiding experiences: sexual dysfunction in women with a history of sexual abuse in childhood and adolescence. *Arch Sex Behav*, 41(2), 341-350. doi: 10.1007/s10508-011-9773-

- Statistiques Canada. (2014). *Les infractions sexuelles commises contre les enfants et les jeunes déclarées par la police au Canada, 2012. Le Quotidien* Retrieved from <http://www.statcan.gc.ca/daily-quotidien/140528/dq140528a-fra.htm>.
- Steiger, J. H. (1990). Structural model evaluation and modification: An interval estimation approach. *Multivariate Behavioral Research*, 25(2), 173-180. doi: 10.1207/s15327906mbr2502\_4
- Stoltenborgh, M., van IJzendoorn, M. H., Euser, E. M., & Bakermans-Kranenburg, M. J. (2011). A Global Perspective on Child Sexual Abuse: Meta-Analysis of Prevalence Around the World. *Child Maltreatment*, 16(2), 79-101. doi: 10.1177/1077559511403920
- Tardif, M. (1998). Le déterminisme de la carence d'élaboration psychique dans le passage à l'acte In F. Millaud (Ed.), *Le passage à l'acte. Aspects cliniques et psychodynamiques* (pp. 25-40). Paris: Masson.
- Tsai, M., Feldman-Summers, S., & Edgar, M. (1979). Childhood molestation: Variables related to differential impacts on psychosexual functioning in adult women. *Journal of Abnormal Psychology*, 88(4), 407-417. doi: 10.1037/0021-843X.88.4.407
- Ullman, S. E. (2001). In B. G. Tabachnick & L. S. Fidell (Eds.), *Using multivariate statistics* (4th ed., pp. 966). Needham Heights, Mass: Allyn and Bacon.
- van der Kolk, B. A., Pelcovitz, D., Roth, S., Mandel, F. S., & et al. (1996). Dissociation, somatization, and affect dysregulation: The complexity of adaption to trauma. *The American Journal of Psychiatry*, 153(Suppl), 83-93.
- Wenninger, K., & Heiman, J. R. (1998). Relating body image to psychological and sexual functioning in child sexual abuse survivors. *Journal of Traumatic Stress*, 11(3), 543-562. doi: 10.1023/A:1024408830159
- Wright, M. O. D., Crawford, E., & Del Castillo, D. (2009). Childhood emotional maltreatment and later psychological distress among college students: The mediating role of maladaptive schemas. *Child Abuse & Neglect*, 33(1), 59-68. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.chiabu.2008.12.007>

- Wyatt, G. E., Newcomb, M. D., & Riederle, M. H. (1993). *Sexual abuse and consensual sex: Women's developmental patterns and outcomes*. Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications, Inc.
- Zalta, A. K., & Foa, E. B. (2012). Exposure Therapy: Promoting Emotional Processing of Pathological Anxiety. In W. T. O'Donohue & J. E. Fisher (Eds.), *Cognitive Behavior Therapy: Core Principles for Practice*. New Jersey: Wiley.
- Zurbriggen, E. L., & Freyd, J. J. (2004). The link between child sexual abuse and risky sexual behavior: The role of dissociative tendencies, information-processing effects, and consensual sex decision mechanisms. In L. J. Koenig, L. S. Doll, A. O. Leary & W. Pequegnat (Eds.), *From child sexual abuse to adult sexual risk: Trauma, revictimization, and intervention* (pp. 135-157). Washington, DC, US: American Psychological Association.